

Université de Montréal

Vers une compréhension de l'expérience subjective des enfants endeuillés
consécutivement au suicide d'un parent dans la période des deux premières années
suivant le décès

par

Geneviève Riopel

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
recherche et intervention en psychologie clinique

Mai, 2006

© Geneviève Riopel, 2006



AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer^{*} à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Vers une compréhension de l'expérience subjective des enfants endeuillés
consécutivement au suicide d'un parent dans la période des deux premières années
suivant le décès

Présentée par :

Geneviève Riopel

sera évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

.....*François Cyr*.....
président-rapporteur

Huguette Bégin
directrice de recherche

Monique Séguin
codirectrice

.....*Margaret C. Kelly*.....
membre du jury

.....*René Labelle*.....
examineur externe

.....*Sarah Dufour*.....
Représentant du doyen de la FES



**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA
FACULTÉ DES ARTS ET DES SCIENCES DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal, selon les procédures d'évaluation accélérée en vigueur, a examiné le projet de recherche intitulé :

Étude qualitative exploratoire sur l'expérience subjective de deuil des enfants ayant perdu un parent suite à un suicide

et soumis par :

Riopel, Geneviève

Nom et prénom de l'étudiant

Psychologie

Département

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les règles d'éthique énoncées à la « Politique relative à l'utilisation des êtres humains en recherche » de l'Université de Montréal.

Signature

Diane Bernier

Nom du Président
Comité d'évaluation accélérée

10 juin 2002

Date d'émission (jour/mois/année)

SOMMAIRE

Très peu d'études empiriques se sont penchées sur les implications spécifiques d'une perte parentale par suicide au cours de l'enfance. Jusqu'à maintenant, les quelques travaux réalisés dans ce champ d'études ont adopté une perspective quantitative et axée sur la pathologie, en s'intéressant particulièrement à la symptomatologie psychiatrique de ces enfants. À notre connaissance, jusqu'à aujourd'hui, aucune étude n'a donné de voix aux enfants ayant perdu un parent par suicide afin d'entendre le sens que revêt pour eux cette expérience de perte dans la période initiale suivant le décès. S'inscrivant dans une logique exploratoire, la présente thèse vise à dégager une première compréhension de l'expérience subjective des enfants endeuillés consécutivement au suicide d'un parent dans la période des deux premières années suivant le décès. Des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées avec 14 enfants, âgés de 6 à 13 ans, ayant connu au cours des derniers 24 mois le suicide de leur père ou de leur mère. Des informations sur le contexte du décès ont été recueillies auprès du parent survivant. Les enfants et leur parents, issus de 10 familles différentes, ont été recrutés à l'aide du Groupe McGill d'études sur le suicide et via des organismes communautaires offrant des services aux familles touchées par le suicide d'un proche. Une démarche d'analyse qualitative inductive, s'inspirant de la théorisation ancrée, a été employée pour analyser le discours des enfants. L'expérience subjective de ces enfants comporte plusieurs dimensions qui se rapportent aux thèmes suivants : leur contexte familial antérieur au suicide, leur perception de l'acte suicidaire de leur parent, leur représentation de leur parent décédé, leurs réactions affectives et comportementales, les changements dans leur mode de vie familiale et enfin leur capacité de résilience. Un examen détaillé de ces différents aspects de l'expérience des enfants est présenté. Le suicide du parent est vécu par les enfants comme une expérience de rupture de sens et ils tentent par divers moyens de se construire de nouveaux repères et de donner un sens à cette perte. La présente thèse contribue à élargir la compréhension des implications du suicide d'un parent pour les enfants et suggère des pistes d'intervention visant à enrichir la pratique clinique auprès de cette population.

MOTS CLÉS: suicide, parent, deuil, enfant, expérience subjective, analyse qualitative

SUMMARY

Few empirical studies have considered the specific implications of a parental loss following suicide during childhood. Most of the studies on the subject have been quantitative and oriented towards pathology, with a strong emphasis on psychiatric symptoms. Until now, to our knowledge, no study has given voice to suicide-bereaved children to hear their perspective on the implications of this loss. Within an exploratory framework, the current thesis investigates the subjective experience of child survivors of parental suicide in the first two years following the death. Fourteen children, ages 6-13, who experienced parental suicide in the last two years were recruited with the help of the McGill Group for Suicide Studies and community organisations offering services to suicide-bereaved families. The children came from 10 different families. Semi-structured individual interviews were conducted with each child and its surviving parent. Qualitative inductive analysis, using grounded theory coding techniques, was used to discover critical themes that emerged from the data. The following themes related to the subjective experience of suicide-bereaved children emerge from the analysis: the family environment prior to the suicide, the children's perception of the parental suicide, their representation of the dead parent, their emotional and behavioural reactions, changes in their daily life since the death, and their resilience. A detailed examination is made of these different aspects of the children's experience. The analysis shows how parental suicide leads to a crisis of meaning for children and how they reconstruct meaning after this loss. This thesis broadens our understanding of the implications of parental suicide for children and offers recommendations to enrich intervention with suicide-bereaved children.

KEYWORDS: suicide, parent, bereavement, grief, child, subjective experience, qualitative analysis

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	iii
SUMMARY	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES FIGURES	ix
DÉDICACE	x
REMERCIEMENTS	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : CONTEXTE THÉORIQUE	5
1.1 Concept général de deuil : précisions sur la terminologie et la dynamique	6
1.1.1 Lexique du deuil	6
1.1.2 Dynamique du deuil normal	7
1.1.3 Deuils atypiques	10
1.2 Particularités du deuil chez les enfants	11
1.2.1 Influence des facteurs cognitifs sur les réactions à la perte	12
1.2.2 Influence des facteurs affectifs sur les réactions à la perte	13
1.2.3 Synthèse du déroulement typique et atypique du deuil chez les enfants ...	14
1.3 Implications du décès d'un parent durant l'enfance	15
1.4 Problématique des enfants endeuillés consécutivement au suicide d'un parent	17
1.4.1 Études empiriques portant sur les enfants endeuillés suite au suicide d'un parent	18
1.4.2 Synthèse de l'état actuel des connaissances	27
CHAPITRE II : MÉTHODOLOGIE	30
2.1 Cadre épistémologique	31
2.2 Stratégie de recherche	32
2.3 Participants	33
2.3.1 Recrutement	33
2.3.2 Composition de l'échantillon	36

2.4 Déroulement de l'étude	37
2.5 Instruments de collecte de données	39
2.5.1 Entrevue avec le parent	39
2.5.2 Entrevue avec l'enfant	40
2.5.3 Validité des instruments	42
2.6 Procédures de gestion, d'analyse et d'interprétation des données	44
2.7 Considérations éthiques	48
CHAPITRE III : RÉSULTATS	52
3.1 Contexte antérieur au suicide	54
3.1.1 Situation familiale antérieure au suicide	54
3.1.2 Perception que les enfants entretenaient de leur parent avant le suicide ...	55
3.1.3 Connaissances qu'avaient les enfants à propos du phénomène du suicide avant le décès et anticipation de la perte	57
3.2 Acte suicidaire du parent	58
3.2.1 Réactions à l'annonce du suicide du parent	59
3.2.2 Compréhension du concept de suicide	60
3.2.3 Connaissance des circonstances du suicide du parent	62
3.3 Réactions affectives et comportementales des enfants suite au suicide	66
3.3.1 Sentiment de manque	67
3.3.2 Sentiment de profonde tristesse	68
3.3.3 Humeur dépressive et idéations suicidaires	69
3.3.4 Sentiment de culpabilité	71
3.3.5 Colère	72
3.3.6 Sentiment d'abandon	73
3.3.7 Sentiment de trahison et désillusion face à la vie	74
3.3.8 Stigmatisation et sentiment d'isolement	74
3.3.9 Anxiété	75
3.3.10 Reconnaissance de l'affaiblissement de leurs capacités cognitives	77
3.4 Impact du suicide sur le mode de vie familiale des enfants	77
3.5 Impact du suicide sur la représentation parentale	78
3.5.1 L'image parentale mise à l'épreuve	78

3.5.2 La recherche d'un sens au suicide du parent	81
3.5.3 Maintien d'une représentation positive du parent	83
3.6 Regards des enfants sur le suicide	84
3.7 Résilience des enfants	87
3.7.1 Au-delà des bouleversements	87
3.7.2 Apprentissages existentiels	88
3.7.3 Moyens utilisés par les enfants pour s'adapter à la perte	89
CHAPITRE IV : DISCUSSION	94
4.1 Synthèse des résultats	95
4.2 Dimensions particulières du deuil des enfants ayant perdu un parent par suicide	97
4.2.1 Exposition à des expériences d'adversité antérieures au suicide	98
4.2.2 Caractère soudain de la perte	98
4.2.3 Blessure narcissique	99
4.2.4 « Désidéalisation » du parent	100
4.2.5 Atteinte au sentiment de sécurité et de confiance de l'enfant	101
4.2.6 Sens du suicide du parent	102
4.2.7 Climat de silence	104
4.2.8 Synthèse des défis particuliers posés aux enfants par le suicide d'un des parents	104
4.3 Résilience	105
4.4 Limites de l'étude	106
4.5 Pistes d'intervention	107
4.6 Conclusion	109
RÉFÉRENCES	111
APPENDICE A : CANEVAS DU CONTACT TÉLÉPHONIQUE INITIAL ENTRE LA CHERCHEUSE ET LA FAMILLE	xiv
APPENDICE B : LETTRE DE PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE ENVOYÉE À LA CLIENTÈLE DE CENTRES OFFRANT DES SERVICES AUX FAMILLES DE SUICIDÉS	xvi
APPENDICE C : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ	xix

APPENDICE D : CANEVAS DE LA PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE AUX ENFANTS	xxiii
APPENDICE E : LETTRE DE REMERCIEMENT AUX PARENTS	xxv
APPENDICE F : LETTRE DE REMERCIEMENT AUX ENFANTS	xxvii
APPENDICE G : GRILLE D'ENTREVUE PARENT	xxix
APPENDICE H : GRILLE D'ENTREVUE AVEC L'ENFANT	xxxv
APPENDICE I : CERTIFICAT D'ÉTHIQUE	xxxviii

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Représentation que l'enfant a de la scène du suicide (9 ans)	62
Figure 2. Représentation que l'enfant a de la scène du suicide (8 ans)	63
Figure 3. Représentation que l'enfant a de la scène du suicide (8 ans)	64
Figure 4. Représentation que l'enfant a de la scène du suicide (6 ans)	65
Figure 5. Image que l'enfant a de son père (8 ans)	80
Figure 6. Façon dont l'enfant se représente son père au moment du suicide (8 ans)	80
Figure 7. Contraste entre la vision de la mort et celle de la vie (11 ans)	85
Figure 8. Représentation idyllique du monde des morts (6 ans)	85

*À tous les enfants ayant connu le suicide d'un parent et à leur parent restant qui
continue de les accompagner dans la vie...*

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à plusieurs personnes qui ont contribué à la réalisation de cette thèse. Je veux d'abord remercier mes alliés de recherche, les enfants et parents qui ont participé à cette étude, de la confiance incroyable qu'ils m'ont témoignée en se révélant avec ouverture et franchise dans une des périodes les plus tumultueuses de leur vie. Je tiens ensuite à exprimer toute ma gratitude à ma directrice de recherche, Huguette Bégin, et à ma codirectrice, Monique Séguin, qui ont accepté de s'aventurer avec moi dans ce projet qui me tenait tant à cœur et qui ont su me témoigner une confiance qui m'a nourrie jusqu'à la toute fin de cette thèse. Plus particulièrement, je tiens à remercier Huguette Bégin pour sa direction empreinte d'une grande sensibilité, ses lectures attentives et généreuses, son encadrement rassurant et chaleureux et Monique Séguin pour son esprit critique, sa rigueur, son intelligence aiguisée et son formidable sens clinique. Je souhaite aussi remercier la contribution des membres de mon comité de thèse, Margaret C. Kiely et Francine Cyr, qui m'ont guidée et encouragée dans la réalisation de cette étude. Je désire aussi remercier mes assistantes de recherche : Michelle Beauvolsk, Anne-Sophie Duguay, Sarah-Jane Parent et Franca Turco pour leur précieux travail de retranscription des entrevues et pour l'intérêt qu'elles ont porté à ma recherche. Je souhaite aussi exprimer ma reconnaissance au Groupe McGill d'études sur le suicide pour leur soutien dans le processus de recrutement de participants ainsi qu'aux centres de prévention du suicide et aux organismes communautaires qui ont collaboré au recrutement de familles. Je désire aussi souligner l'appui financier du Fonds québécois de la recherche sur la nature et les technologies (FQRNT, anciennement FCAR et CQRS), du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et du département de psychologie de l'Université de Montréal.

Je suis également reconnaissante à toute l'équipe de Suicide-Action Montréal; c'est dans mon implication au sein de cet organisme que j'ai trouvé la motivation de réaliser cette thèse. Je tiens à remercier plus particulièrement Isabelle Martineau qui a été pour moi un mentor dans le champ de l'intervention auprès des individus endeuillés par suicide et dont la confiance m'a donné des ailes, Jean-Sylvain René qui

a cru à la valeur de mon travail et les bénévoles de l'équipe de soutien aux personnes endeuillées avec qui j'ai pu avoir des discussions stimulantes. Je veux aussi souligner le soutien que m'ont offert les membres du Groupe McGill d'études sur le suicide, particulièrement Nadia Chawky et Mimi Dumont pour leur foi en mon travail.

Je veux aussi remercier Francine Cyr qui a joué un rôle déterminant dans mon parcours doctoral en me transmettant sa passion débordante et contagieuse pour le travail clinique auprès des enfants. Sa sensibilité, sa vitalité, son authenticité, son humanité et ses encouragements ont été pour moi des plus inspirants.

Je désire également remercier mes collègues de l'Université de Montréal, tout particulièrement Anne Brault-Labbé, Jacinthe Dion, Brigitte Faucher, Isabelle Paquet, Marianne St-Jacques, Évelyne Touchette et Julie Vadeboncoeur pour les précieux moments partagés avec elles ainsi que mes collègues de doctorat de l'UQAM : Marie-Sylvie Bertin, Judith Gaudet, Julie Goulet et Marie-Claude Larrivée pour leur fidèle amitié et leurs encouragements si précieux. Je veux aussi remercier Catherine Côté, ma complice doctorale de tous les instants, pour son amitié vraie et sa présence indéfectible ainsi que Julie Vachon, une réelle amie, qui a su partager mes joies et, surtout, accueillir de façon si contenante et apaisante mes angoisses doctorales. Je veux aussi saluer les encouragements constants des membres de mon entourage : Caroline Boucher, Natacha Gagné, Ariane Guénette, Nathalie Houlfort, Dominique Laurence, Jacques Levesque, Élise Mailhot-Paquette, Nicolas Ouellet, Luana Ramos, Céline Therrien et Sébastien Veillette ainsi qu'exprimer ma gratitude à Hélène et à Ysabel qui m'ont aidée à trouver en moi la force nécessaire pour accoucher de cette thèse.

Je veux également exprimer ma reconnaissance à ma famille qui m'a nourrie depuis toujours d'amour et de regards positifs et qui m'a grandement soutenue dans la réalisation de cette thèse. Je veux remercier ma mère, Suzanne, qui m'a légué sa sensibilité et m'a appris à persévérer dans l'adversité, mon père, Ronald, qui m'a transmis son ouverture aux autres et qui m'inspire à rechercher l'équilibre dans la vie

ainsi que ma sœur, Catherine, qui m'enseigne depuis qu'elle est née l'art de dédramatiser et de relativiser.

Enfin, je veux remercier tout spécialement Christian, mon amoureux et grand complice, qui m'a accompagnée si fidèlement du début à la fin de cette grande aventure avec amour, attention, sensibilité, dévouement et disponibilité. Merci d'avoir été si présent, si tolérant et si soutenant. Merci de ton intérêt authentique porté à ma thèse, de tes relectures attentives, de tes commentaires enrichissants, de ton écoute dans mes moments de doute, de tes encouragements dans mes périodes de découragement. Merci pour tous les fous rires partagés ensemble et les moments de douces folies qui m'ont fait tant de bien. Merci de rêver avec moi...

Et merci à la vie d'avoir mis toutes ces personnes sur ma route !

INTRODUCTION

Le suicide est un problème de santé publique majeur. À l'échelle mondiale, plus de décès sont attribuables au suicide qu'aux guerres et aux homicides combinés. (Organisation mondiale de la Santé, 2004). Au Canada, en 2001, soit l'année la plus récente pour laquelle des statistiques canadiennes ont été publiées, 3692 décès par suicide ont été enregistrés; ce qui correspond à un taux de suicide global de 11,9 par 100 000 habitants¹ (Statistique Canada, 2004). Le suicide constitue la principale cause de mortalité au pays chez les hommes de 25 à 29 ans et de 40 à 44 ans ainsi que chez les femmes de 30 à 34 ans (Statistique Canada, 2002). Un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (St-Laurent & Bouchard, 2004) révèle qu'au Québec, le taux de suicide global est en progression constante depuis les 25 dernières années. En 2003, soit l'année la plus récente pour laquelle des statistiques québécoises ont été publiées, 1233 Québécois se sont enlevés la vie (Institut de la statistique du Québec, 2005). Dans la province, le suicide constitue la première cause de mortalité chez les hommes de 15 à 39 ans ainsi que chez les femmes de 20 à 24 ans. Le Québec affiche un taux de suicide global de 19,1 par 100 000 habitants, soit le plus élevé des provinces canadiennes et parmi les plus élevés des nations industrialisées (Statistique Canada, 2002).

Parmi ces individus qui mettent fin à leurs jours, certains sont parents de jeunes enfants. À ce jour, il n'existe aucune statistique officielle qui permette de connaître le nombre d'enfants en deuil suite au suicide d'un parent. Shepherd et Barraclough (1974) ont étudié, à partir de registres de décès, 100 cas consécutifs de suicide. Vingt pour-cent de ces suicidés ont laissé au moins un enfant dans le deuil. Au total, dans ce bassin de 100 suicides, 45 enfants de moins de 17 ans se sont retrouvés en deuil de leur père ou de leur mère. Au Québec, la majorité des suicides sont le fait des 25-54 ans (Institut de la Statistique du Québec, 2005), soit des âges auxquels les individus sont particulièrement susceptibles d'avoir de jeunes enfants. En se basant sur l'hypothèse conservatrice qu'un suicidé sur quatre laisse un enfant dans le deuil, Small et Small (1984) estiment qu'annuellement aux États-Unis entre 7000 et 12 000

¹ Le genre masculin est utilisé dans la présente thèse sans discrimination dans l'unique but d'alléger le texte.

enfants sont nouvellement en deuil suite au suicide d'un parent. En somme, bien qu'il soit encore impossible d'établir la proportion exacte d'enfants touchés par le suicide d'un parent, différents indices suggèrent que plusieurs jeunes sont confrontés à une telle perte.

Le suicide d'un parent est une expérience extrêmement déroutante pour les enfants. Ces jeunes ayant perdu un parent par suicide sont à risque de présenter des troubles psychiatriques et des comportements suicidaires tant dans la période suivant le décès que plus tard lorsqu'ils seront adultes (Brent et al., 2002, 2003; Cerel, Fristad, Weller, & Weller, 1999; Kim et al., 2005; Pfeffer, Karus, Siegel, & Jiang, 2000; Pfeffer et al., 1997; Runeson & Asberg, 2003; Sethi & Bhargava, 2003; Tsuchiya, Agerbo, & Mortensen, 2005). Ces enfants sont confrontés à un défi adaptatif de taille, ils ont à composer non seulement avec la perte de leur parent, mais aussi avec le caractère soudain, violent, auto-infligé, tabou et potentiellement traumatisant de l'acte suicidaire de leur parent (Carter & Brooks, 1991; Dalke, 1994; Dunne-Maxim, Dunne, & Hauster, 1987; Mullarky & Pfeffer, 1992; Ness & Pfeffer, 1990; Webb, 1993b).

À ce jour, très peu de travaux empiriques ont porté sur les enfants d'âge scolaire endeuillés suite au suicide d'un parent. Quelques études quantitatives se sont penchées sur la symptomatologie psychiatrique ainsi que sur les réactions comportementales et émotives de ces enfants (Cain et Fast, 1966; Cerel et al., 1999; Grossman, Clark, Gross, Halstead, & Pennington, 1995; Pfeffer et al., 2000; Pfeffer et al., 1997; Sethi & Bhargava, 2003; Shepherd & Barraclough 1976). Cependant, à notre connaissance, aucune étude qualitative ne s'est encore intéressée à l'expérience subjective de ces enfants, c'est-à-dire à la façon dont ces derniers vivent et décrivent leur expérience entourant le suicide de leur parent dans la période initiale suivant le décès. Donner une voix à ces enfants afin de connaître la façon dont ils se représentent cette expérience de perte permettrait d'approfondir notre compréhension des implications du suicide d'un parent pour les enfants et, par conséquent, de dégager de nouvelles pistes d'intervention visant à enrichir la clinique auprès de cette population.

Objectif de la thèse

L'objectif de la présente thèse est d'explorer l'expérience subjective d'enfants âgés entre 5 et 12 ans ayant perdu un parent par suicide au cours de la période des deux premières années suivant le décès.

Division de la thèse

La présente thèse se divise en quatre chapitres principaux. Le premier fait état de la littérature scientifique permettant de situer la problématique des enfants endeuillés consécutivement au suicide d'un parent. Le second est consacré à la description de la méthodologie employée dans cette thèse. Le troisième présente les résultats de la recherche. Enfin, le quatrième intègre une discussion des résultats de l'étude, une appréciation des contributions et limites de la thèse ainsi qu'une réflexion au sujet des pistes d'intervention.

CHAPITRE I
CONTEXTE THÉORIQUE

Ce chapitre situe la problématique des enfants endeuillés consécutivement au suicide d'un parent en abordant d'abord le concept général de deuil, ensuite les particularités du deuil chez les enfants, puis les implications du décès d'un parent durant l'enfance et enfin plus spécifiquement la problématique des enfants endeuillés consécutivement au suicide d'un parent.

1.1 Concept général de deuil : précisions sur la terminologie et la dynamique

1.1.1 Lexique du deuil

Le terme deuil provenant du latin *dolere*, souffrir, est un concept qui revêt plusieurs sens (Larousse, 2004). En anglais, trois vocables distincts, *bereavement*, *grief* et *mourning*, sont d'ailleurs employés pour désigner autant de dimensions différentes de ce même concept (Stroebe, Hanson, Stroebe, & Schut, 2001).

Le mot anglais *bereavement* réfère à la situation objective de celui qui connaît la perte d'un être, d'une condition ou de toute forme d'objet qui lui était cher. Ce terme qui évoque la réalité extérieure de la perte peut se traduire en français par l'expression « être en deuil ».

Le vocable anglais *grief* désigne l'état d'affliction, à savoir de grand chagrin et de profonde douleur, découlant d'une perte significative. Dans un sens moins restrictif, le terme *grief* réfère à l'ensemble des réactions affectives, comportementales, physiologiques et sociales consécutives à une perte significative.

Le terme anglais *mourning* désigne, pour sa part, le processus d'adaptation à la perte, référant ainsi au travail psychique de renoncement à l'objet perdu. Les locutions « processus de deuil », « travail de deuil » ainsi que l'expression familière « faire son deuil » correspondent ainsi à ce terme anglais. Enfin, le terme *mourning* réfère également au contexte social et aux pratiques culturelles qui colorent ce processus d'adaptation à la perte.

1.1.2 Dynamique du deuil normal

Divers modèles explicatifs de la dynamique typique et atypique du deuil ont été proposés dans la littérature scientifique. Seuls les modèles théoriques du deuil faisant figure de référence seront présentés. La section suivante apportera des précisions sur les particularités de la dynamique de deuil chez les enfants.

Les premières formulations théoriques de la dynamique du deuil normal s'inscrivent dans la tradition psychanalytique. Freud (1917/1980), dans son traité *Deuil et mélancolie*, a posé les jalons d'une conceptualisation de la dynamique du deuil qui continue d'influencer aujourd'hui tant la recherche sur le deuil que la pratique clinique auprès d'individus endeuillés. Selon cette perspective psychanalytique classique (formulée initialement par Freud, mais enrichie par ses contemporains, notamment Fenichel [1945] et Klein [1940/2004]), le deuil est la réaction à la perte d'un objet investi sur une base narcissique. L'objet de la perte correspond certes à ce qui est perdu dans la réalité objective, mais aussi à tout ce que le disparu signifiait pour l'individu endeuillé. En perdant l'objet aimé, l'individu en deuil est amputé d'une partie de lui-même. Il subit une blessure narcissique et devient en proie à des angoisses dépressives qu'il ne pourra surmonter qu'au terme d'un travail psychique de deuil douloureux visant à se détacher de l'objet perdu. Confronté à la douloureuse absence de l'être aimé dans la réalité extérieure, l'individu endeuillé désinvestit initialement le monde externe au profit d'un surinvestissement de ses représentations internes du disparu, par exemple en se remémorant des souvenirs du défunt ou en rêvant à lui. Par le biais de ces évocations du disparu et par des mouvements d'identification à ce dernier, l'individu en deuil réédifie en lui l'être perdu. En s'appuyant sur ses représentations mentales du défunt, l'individu endeuillé parvient graduellement à se détacher de l'être aimé et perdu. Selon cette perspective, le cœur du travail de deuil consiste à se désinvestir sur le plan libidinal (*decathexis*) de l'objet perdu. Ce n'est qu'après s'être défait des liens affectifs qui l'unissaient à l'objet perdu que l'individu endeuillé peut retrouver son niveau de fonctionnement antérieur à la perte et qu'il redevient disponible (la libido investie en l'objet perdu ayant été libérée) à réinvestir de nouveaux objets d'amour.

Les théoriciens de l'attachement ont également apporté une contribution importante à la conceptualisation du processus de deuil (Bowlby, 1961, 1980; Parkes, 1972). L'attachement est défini par les tenants de cette approche comme un lien affectif stable qui est ressenti comme une source de sécurité par le sujet. L'exemple le plus classique de ce type de lien est celui qui unit le nourrisson à sa mère. La tendance à maintenir des liens affectifs étroits et à rechercher la présence d'une figure d'attachement comme source de sécurité dans des conditions stressantes persiste cependant bien au-delà de la petite enfance. Pour les théoriciens de l'attachement, le processus de deuil est la réponse à la rupture d'un lien d'attachement. Bowlby (1961, 1980) et Parkes (1972) ont proposé un modèle théorique en quatre phases qui décrit le processus typique par lequel l'individu endeuillé répond à la rupture du lien d'attachement. La première phase, celle du choc initial ou de l'engourdissement, est caractérisée par un refus d'accepter le caractère réel de la perte. Ce déni protège temporairement l'individu endeuillé de l'intolérable détresse suscitée par la perte. Lors de la seconde phase, celle de protestation, l'individu endeuillé est habité par une forte angoisse de séparation et par le besoin de retrouver la personne perdue; il recherche donc activement l'être aimé. Suite à des échecs répétés dans cet effort de retrouver le disparu, l'individu en deuil est confronté à reconnaître la permanence de la perte. L'entrée dans la troisième phase, celle de la désorganisation, est marquée par cette prise de conscience du caractère final du décès, laquelle engendre la présence d'une multitude de réactions telles que la colère, le regret, la tristesse, l'impuissance, l'abandon, la solitude, le vide et un désintérêt général face à la vie. Des perturbations peuvent aussi se manifester sur le plan de la concentration, du sommeil, de l'appétit et de la santé physique. Enfin, lors de la dernière étape, celle de la réorganisation, le sujet endeuillé réapprend à vivre sans l'être aimé : il renégocie ses liens au monde, se reconstruit une nouvelle identité et s'investit dans de nouveaux liens d'attachement. L'ensemble de ce processus s'échelonne en moyenne sur une ou deux années. Le travail de deuil n'est pas un processus linéaire qui s'opère selon une même chronologie pour tous. La durée de chacune de ces phases varie d'un individu à l'autre et de multiples allers-retours, chevauchements et sauts entre ces différentes phases surviennent.

S'inspirant d'une longue expérience de travail avec les individus en phase terminale, Kubler-Ross (1969) a proposé un modèle du processus du mourir qui fait également figure de référence pour décrire la dynamique des individus en deuil. Selon elle, le travail de la personne mourante est pavé de phases de déni, de colère, de marchandage, de dépression et d'acceptation. Le déni permet de se mettre provisoirement à l'abri des implications de la perte et ainsi d'absorber graduellement le choc de la réalité. Une fois sorti de l'état de dénégation, l'individu est susceptible d'éprouver de la colère face à la vie et face à son absence de contrôle sur la perte. Suite à cette étape, il est fréquent que le sujet tente de marchander avec la vie ou avec Dieu. En échange de promesses fermes à changer son attitude, ses comportements ou ses croyances, il s'attend à retrouver l'être aimé. Face au caractère vain de cette démarche, l'individu est confronté à reconnaître l'irréversibilité de la perte, ce qui induit chez lui une période de désespoir caractérisée par des sentiments intenses de tristesse et de vide. Au terme de ce processus, le sujet en vient à accepter la perte; il est en mesure d'évoquer le défunt sans être complètement remué, il se réinvestit dans des activités sociales et nourrit des attentes positives face au futur.

Au cours des dernières années, des auteurs s'inscrivant dans le courant constructiviste ont proposé une nouvelle conceptualisation du deuil (Attig, 1996; Gilbert, 1996; Hagman, 2001; Neimeyer, 2001a, 2001b) appelée par certains la « nouvelle vague » des théories du deuil. Ces auteurs s'éloignent des modèles antérieurs qui décrivent le deuil comme un enchaînement d'étapes plus ou moins universelles pour adopter une perspective idiosyncratique. Ils abordent le deuil comme un processus personnel et unique de reconstruction de sens. La perte d'un être cher ébranle les convictions les plus profondes que le sujet se fait de lui-même, des gens qui l'entourent et de la vie. L'individu en deuil est donc appelé à redéfinir son identité de même que son regard sur la vie. Selon les théoriciens de la nouvelle vague, la quête de sens se situe au cœur du processus de deuil et c'est à travers celle-ci que l'individu s'adapte à la perte. En outre, ces auteurs questionnent l'accent mis jusqu'à aujourd'hui sur le détachement et le processus de « laisser-aller » dans la dynamique de deuil. Ils estiment que la recherche de continuité est au centre de

l'expérience de l'individu endeuillé et que de maintenir un lien symbolique avec le défunt contribue à une résolution saine du deuil.

1.1.3 Deuils atypiques

Les modèles théoriques exposés précédemment rendent compte du processus typique de deuil. Or, le processus de deuil se déroule parfois de façon atypique. Puisque le deuil atypique ne constitue pas l'objet de la présente étude, seul un survol de ce phénomène sera présenté.

La littérature scientifique et clinique fait état de différentes formes de deuil atypique, dont les définitions et les limites conceptuelles varient selon les auteurs; cette typologie s'applique davantage à la réalité de la clinique adulte que de la clinique infantile. Bacqué et Hanus (2000) résument les deuils atypiques en deux grandes catégories : les deuils compliqués et pathologiques. Un deuil est dit compliqué lorsque ses manifestations ou sa durée dévie du cours typique, sans pour autant aboutir à une altération grave du fonctionnement psychique. Au nombre des deuils compliqués, Bacqué et Hanus (2000) recensent notamment (a) le deuil inhibé, marqué par l'absence d'affliction en dépit de la reconnaissance de la perte; (b) le deuil différé, caractérisé par un déni prolongé de la réalité de la perte et (c) le deuil chronique dans lequel les réactions dépressives inhérentes au deuil persistent longtemps après la perte. Pour leur part, les deuils pathologiques sont à l'origine d'un trouble psychiatrique. Les plus fréquents sont les deuils mélancoliques, maniaques, psychotiques, hystériques et obsessionnels (Hanus, 1994). Récemment, l'appellation « deuil traumatique » a été largement privilégiée dans la littérature (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1999; Shear, Zuckoff, & Frank, 2001) pour désigner toute forme de deuil compliqué. Le deuil traumatique constitue un syndrome distinct de la dépression ou de l'anxiété. Il est question de deuil traumatique lorsque les réactions normales de deuil sont exacerbées (i.e. protestation, engourdissement, difficulté à reconnaître le décès).

1.2 Particularités du deuil chez les enfants

Une polémique concernant l'aptitude des enfants à réaliser un travail de deuil a longtemps existé dans la littérature. S'opposaient ceux qui prétendaient que les enfants, en raison de l'immaturité de leurs schèmes cognitifs et de leur moi, n'ont pas la capacité d'élaborer un travail de deuil (Deutsch, 1937; Fleming & Altschul, 1963; Nagera, 1970; Wolfenstein, 1966) et ceux qui croyaient que les enfants sont en mesure d'effectuer un tel travail (Bowlby, 1960, Freud, 1960; Furman, 1964; Klein, 1948). Aujourd'hui, il est généralement admis que les enfants, même très jeunes, sont fortement affectés par la perte d'un être cher et qu'ils disposent, dès la période préscolaire, des aptitudes nécessaires pour amorcer un véritable travail psychique de détachement. Quatre conditions apparaissent par ailleurs nécessaires pour que les enfants puissent aborder un processus de deuil : (a) une maîtrise du concept de mort suffisante pour comprendre la mort comme un état distinct de la vie; (b) l'acquisition du principe de réalité leur permettant de reconnaître la réalité de la perte; (c) une représentation interne stable de l'objet disparu et (d) la certitude que tous leurs besoins essentiels seront satisfaits en l'absence de l'être aimé (Baker et al., 1992; Furman, 1964, 1974; Hanus, 1994). L'ensemble de ces conditions sont habituellement rencontrées vers l'âge de 4 ans.

Puisqu'ils sont en croissance, les enfants effectuent leur travail de deuil de façon progressive. Ils ne disposent ni de la maturité cognitive, ni de la maturité affective nécessaire pour élaborer leur travail de deuil de façon aussi intensive et circonscrite dans le temps que les adultes. Le travail de deuil des enfants s'élabore graduellement sur plusieurs années au rythme de leur développement cognitif et affectif (Baker et al., 1992; Hanus & Sourkes, 2002; Rando, 1991; Webb, 1993a). Au fur et à mesure que les enfants atteignent de nouveaux stades de développement, ils portent un nouveau regard sur la perte et élaborent ainsi une nouvelle portion de leur travail (Baker et al., 1992). En outre, une grande partie de leur énergie est investie dans leur développement, limitant ainsi leurs ressources disponibles pour la réalisation de leur travail de deuil (Bacqué & Hanus, 2000).

1.2.1 Influence des facteurs cognitifs sur les réactions à la perte

Le niveau de développement cognitif des enfants influence considérablement leur conception de la mort, laquelle colore directement leurs réactions à la perte d'un être cher.

Les enfants de moins de 2 ans n'ayant pas acquis le concept de l'objet, c'est-à-dire le fait de savoir que les objets ou les personnes continuent d'exister sous la même forme même s'ils sont hors de la vue, ne distinguent pas l'absence temporaire de la perte permanente (Furman, 1974). Ainsi, plutôt que d'être affectés directement par le décès de l'être cher, les enfants de ce groupe d'âge réagissent plutôt à son absence et aux changements que cette situation induit pour eux dans leur quotidien (i.e. routine, soins).

Les enfants de 2 à 5 ans ne saisissent de la mort ni son irréversibilité, ni son universalité, ni le fait qu'elle s'avère une cessation des fonctions biologiques (Kenyon, 2001; Lonetto, 1988; Nagy, 1948). La mort est plutôt conçue comme un état temporaire analogue au sommeil duquel le disparu reviendra un jour ou l'autre. Les enfants de ces âges ne sont donc pas en mesure de saisir l'ampleur des implications du décès d'un être cher. À partir de 3-4 ans, les enfants reconnaissent la mort comme un état distinct de la vie, mais n'en maîtrisent pas encore davantage les implications. N'ayant pas acquis le principe de non-contradiction, lequel stipule l'impossibilité qu'un même sujet soit et ne soit pas en même temps, les enfants de cet âge peuvent croire que leur parent reviendra même s'ils savent qu'il est décédé. En outre, en raison de leur pensée magique et égocentrique, les enfants d'âge préscolaire cernent moins nettement la différence entre la réalité et leurs fantaisies et accordent un pouvoir démesuré à leurs cognitions. Ainsi, ils peuvent croire, par exemple, que leur colère envers le défunt est à l'origine du décès et ainsi être habités par un fort sentiment de culpabilité. Leur pensée égocentrique et concrète les amène également à se représenter la mort à partir de leur propre réalité et, conséquemment, à croire que le disparu accomplit des fonctions vivantes telles que manger, dormir et respirer. En somme, ils voient en la mort un prolongement de la vie.

Vers l'âge de 6 ans, les enfants maîtrisent le caractère universel de la mort, cependant ils ne réalisent pas encore leur propre mortalité. Ils croient encore que la mort survient uniquement chez les autres et qu'ils en seront eux-mêmes épargnés. Entre 5 et 9 ans, les enfants commencent aussi à intégrer le caractère irréversible de la mort (Kenyon, 2001; Lonetto, 1988; Nagy, 1948). Cette capacité de réaliser la finalité de la mort peut être à l'origine d'affects dépressifs chez les enfants endeuillés de ce groupe d'âge. Par ailleurs, ils ne conceptualisent pas encore la mort comme la cessation des fonctions biologiques. En raison de leur pensée concrète, les enfants de ce groupe d'âge personnifient la mort; une confusion existe fréquemment dans leur esprit entre la mort et le mort.

Vers 9-10 ans, les enfants adhèrent généralement à une conception mature de la mort qui soit semblable à celle des adultes; la mort est alors comprise comme étant irréversible, universelle et comme constituant la fin des fonctions biologiques (Kenyon, 2001; Lonetto, 1988; Nagy, 1948). En outre, à cet âge les enfants prennent conscience qu'ils mourront eux aussi un jour. Le fait de réaliser leur propre condition de mortel peut susciter des réponses d'anxiété importante chez les enfants de ce groupe d'âge.

1.2.2 Influence des facteurs affectifs sur les réactions à la perte

Des facteurs relevant du développement psychoaffectif des enfants colorent aussi leur façon d'aborder la perte d'un être cher.

Les enfants ne disposent pas d'un appareil psychique suffisamment mature pour supporter une charge de souffrance intense. Leur capacité de « mentalisation » est encore limitée et ils ne disposent que d'un répertoire restreint de mécanismes d'adaptation (Lohnes & Kalter, 1994). Les enfants endeuillés se confrontent donc aux implications de la perte de façon intermittente et à petite dose (Bacqué & Hanus, 2000; Baker et al., 1992; Webb, 1993a). Aussi, à l'exception de courts épisodes de larmes, les enfants en deuil vont continuer à jouer et à rire dans les heures, les jours et les semaines suivant la perte. Ce mode infantile de gestion de la douleur masque la détresse des enfants endeuillés, donnant à tort l'impression qu'ils ne sont pas aussi

affectés que les adultes par le décès d'un proche. La perte d'un être cher suscite pourtant chez les enfants des sentiments semblables à ceux éprouvés par les adultes : tristesse, ennui, culpabilité, colère, peur, abandon, trahison, impuissance, désespoir et honte. Cependant, plutôt que d'exprimer verbalement leur affliction, les enfants canalisent fréquemment leur chagrin dans leurs comportements, dans leur corps ou dans leurs jeux (Bacqué & Hanus, 2000). Ainsi, leur détresse peut se manifester par une perte d'intérêt pour le jeu, par un repli sur soi, par une instabilité de l'humeur (ex. : irritabilité, éclats de colère injustifiés), par des troubles du comportement, par des troubles d'attention ou des difficultés d'apprentissage, par des comportements régressifs (ex. : sucer son pouce, « parler en bébé »), par des troubles fonctionnels (ex. : insomnie, énurésie, perte ou gain d'appétit), par des perturbations somatiques (maux de tête, troubles respiratoires ou digestifs) ou par des comportements suicidaires (Hanus & Sourkes, 2002). De même, il est courant que les enfants traduisent leurs réactions émotives dans leurs jeux. Ainsi, un enfant endeuillé peut consoler sa poupée habitée d'un grand chagrin ou encore propulser ses camions avec rage. Le thème de la mort est aussi régulièrement au cœur des jeux de ces enfants qui tentent ainsi de maîtriser symboliquement la perte.

1.2.3 Synthèse du déroulement typique et atypique du deuil chez les enfants

En somme, les enfants disposent dès leur tout jeune âge des aptitudes nécessaires pour amorcer un travail psychique de deuil. Ceux qui s'engagent dans un processus normal de deuil parviendront à se détacher graduellement du défunt tout en portant en eux les traces de la relation qui les unissait à l'être aimé et perdu. En outre, ils continueront à se développer sainement.

Par ailleurs, le processus de deuil des enfants peut être marqué, comme celui des adultes, par des complications. Cependant, en raison du caractère propre du déroulement du deuil chez les enfants, il s'avère non approprié de référer à la typologie des deuils atypiques employée en clinique adulte pour caractériser les réponses des enfants à la perte d'un être cher (Séguin & Brunet, 1999). Chez les enfants, plutôt que d'utiliser des critères temporels et normatifs pour distinguer un

deuil normal d'un deuil atypique, il semble davantage pertinent d'apprécier leur niveau de désorganisation. Lorsque l'une des sphères de leur développement semble perturbée suite à la perte, le deuil peut alors être considéré atypique.

Par ailleurs, la littérature récente fait état d'une complication spécifique : le deuil infantile traumatique (Brown & Goodman, 2005; Cohen, Mannarino, Greenberg, Padlo, & Shipley, 2002; Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2004; Nader, 1997; Pynoos, 1992), un concept à ne pas confondre avec le concept émergeant de deuil traumatique chez l'adulte. Un deuil est qualifié de traumatique lorsqu'un enfant perd un être cher dans des circonstances traumatiques et qu'il manifeste un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou des symptômes de TSPT qui l'empêchent d'élaborer son travail de deuil. L'enfant est envahi par des pensées, images et souvenirs de l'événement traumatique qui suscitent chez lui un sentiment important de détresse. Afin de tenter d'échapper au sentiment d'horreur associé à l'évocation du trauma, l'enfant évite de se confronter aux souvenirs, pensées et autres indices susceptibles de déclencher un rappel de l'événement traumatique. Or, de telles stratégies d'évitement sont contraires aux efforts de réminiscence nécessaires pour élaborer un travail de deuil. Rappelons que l'enfant doit s'appuyer sur ses souvenirs du défunt pour parvenir à se détacher graduellement de l'être aimé et perdu. Lorsque des symptômes du TSPT interfèrent avec le déroulement normal du travail de deuil de l'enfant, le deuil est qualifié de traumatique. Par ailleurs, ce n'est qu'une minorité des enfants confrontés à une perte survenue dans des conditions traumatiques qui manifestent des symptômes de TSPT, et parmi ceux-ci, seul un petit nombre présente un deuil traumatique.

1.3 Implications du décès d'un parent durant l'enfance

Selon une liste standardisée d'événements de vie élaborée par Coddington (1972), le décès d'un parent est une des expériences les plus stressantes qu'un enfant puisse vivre. La littérature clinique suggère que la perte d'un parent est susceptible d'ébranler le sentiment fondamental de sécurité de l'enfant ainsi que sa confiance de base en un monde prévisible et sûr (Altschul, 1988; Hanus & Sourkes, 2002; Lovrin,

1999; Schoeman & Kreitzman, 1997; Webb, 1993a). Si un de ses parents, pourtant perçus comme tout-puissants, peut mourir, alors tout devient possible, plus rien n'est acquis.

Plusieurs études empiriques constatent une association entre la perte d'un parent durant l'enfance et des troubles psychiatriques, particulièrement dépressifs, ou des perturbations psychologiques sévères non spécifiques (i.e. symptômes affectifs ou comportementaux) dans les mois suivants la perte (Cheifetz, Stravrakakis, & Lester, 1989; Dowdney et al., 1999; Elizur & Kaffman, 1983; Kaffman & Elizur, 1996; Kranzler, Shaffer, Wasserman, & Davies, 1990; Van Eerdewegh, Biere, Parilla, & Clayton, 1982; Weller, Weller, Fristad, & Bowes, 1991; Worden & Silverman, 1996). Il est impossible d'établir clairement la proportion d'enfants endeuillés d'un parent qui présentent des troubles psychiatriques ou des difficultés non spécifiques nécessitant une prise en charge clinique puisque les résultats obtenus par les différentes recherches sont discordants. Dans le cadre d'une recension des écrits, Dowdney (2000) souligne toutefois que ce n'est qu'une minorité des enfants endeuillés d'un parent qui présentent de tels désordres. Elle estime cette proportion à un enfant sur cinq.

D'autres travaux suggèrent que la perte d'un parent durant l'enfance constitue un facteur de risque au développement de psychopathologie à l'âge adulte (Birtchnell, 1972; Bowlby, 1963, 1973; Brown, Harris, & Copeland, 1977; Crook & Raskin, 1975; Parker, 1997; Pert, Ferriter, & Saul, 2004; Reich, 1986; Rutter, 1966; Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz, & Frankenburg, 1989). Les troubles dépressifs (Birtchnell, 1972; Brown et al., 1977) et les troubles de la personnalité, notamment le la personnalité état-limite et la personnalité antisociale, (Parker, 1997; Pert et al., 2004; Reich, 1986; Zanarini et al., 1989) sont communément mis en relation avec la perte précoce d'un parent.

La relation entre la perte d'un parent durant l'enfance et le développement ultérieur de psychopathologie est modulée par différents facteurs : le tempérament, les mécanismes adaptatifs et l'état de santé psychologique de l'enfant avant la perte,

les expériences d'adversité auxquelles l'enfant a été exposé avant et après la perte, le fonctionnement familial avant et après le décès, l'état de santé psychologique du parent survivant avant et après le décès, la nature de la relation et de la communication entre le parent survivant et l'enfant, le style parental du parent survivant, ainsi que les changements de mode de vie suite au décès (Adam, Bouckoms, & Streiner, 1982; Baker et al., 1992; Bowlby, 1980; Brown, Harris, & Bifulco, 1986; Cheifetz et al., 1989; Dowdney, 1999; Elizur & Kaffman, 1983; Garnezy & Rutter, 1983; Kaffman & Elizur, 1996; Kranzler et al., 1990; Kwok et al., 2005; Osterweis, Solomon, & Green, 1984; Rutter, 1985; Saler & Skolnick, 1992; Silverman & Worden, 1992; Van Eederwegh et al., 1982; Weller et al., 1991; West, Sandler, Pillow, Baca, & Gersten, 1991). On note aussi un effet du sexe de l'enfant. Les garçons présentent dans l'ensemble des taux de difficultés psychologiques supérieurs à ceux des filles et manifestent davantage de symptômes externalisés, alors que les filles montrent plus de symptômes internalisés (Dowdney, 1999; Kaffman & Elizur, 1996; Kranzler et al., 1990; Van Eederwegh et al., 1982). L'âge de l'enfant influence également les réactions au décès d'un parent. Les enfants d'âge préscolaire réagissent communément par des signes d'anxiété de séparation, de dépendance, de peur, d'irritabilité et d'énurésie nocturne davantage que par des manifestations dysphoriques difficiles à supporter (Cheifetz et al., 1989; Kaffman & Elizur, 1979; Kranzler et al., 1990; Van Eederwegh et al., 1982). Les résultats des études sur les réactions des enfants d'âge scolaire sont, pour leur part, inconsistants et ne permettent pas d'identifier certaines réactions comme étant propres à ce groupe d'âge (Dowdney, 2000). Enfin, aucune association significative n'est rapportée dans la littérature entre le sexe du défunt et les désordres psychiatriques ou les difficultés psychologiques de l'enfant (Dowdney, 2000; Fristad, Jedel, Weller, & Weller, 1993; Sanchez, Fristad, Weller, Weller, & Moye, 1994; Weller et al., 1991).

1.4 Problématique des enfants endeuillés consécutivement au suicide d'un parent

La littérature clinique suggère que la perte d'un parent est particulièrement déroutante lorsqu'elle est causée par un suicide (Cain & Fast, 1972; Dalke, 1994; Ilan, 1974; Mullarky & Pfeffer, 1992; Ness & Pfeffer, 1990; Webb, 1993b). La nature

soudaine, violente, auto-infligée et tabou du suicide ainsi que le traumatisme associé, s'il y a lieu, à la découverte du corps du défunt seraient autant de facteurs susceptibles de colorer tout particulièrement le deuil des enfants. En outre, pour l'enfant, le suicide d'un parent consiste en une situation particulièrement paradoxale : l'adulte qui est supposé le protéger et agir à son égard de façon bienveillante se fait lui-même violence et pose un geste qui met un terme final à leur relation. Wright et Partridge (1999) conceptualisent d'ailleurs l'acte suicidaire d'un parent comme une forme d'abus fait à l'enfant (mauvais traitement psychologique). En se suicidant, le parent néglige de reconnaître les besoins de son enfant de même que les conséquences de son geste sur celui-ci en l'exposant à un événement susceptible de compromettre son développement psychoaffectif.

À notre connaissance, l'ensemble des travaux empiriques publiés en français et en anglais au sujet des enfants endeuillés consécutivement au suicide d'un parent seront présentées dans cette section. Les études de cas clinique s'étant intéressées à décrire la dynamique intrapsychique d'un enfant endeuillé en particulier n'ont cependant pas été recensées.

1.4.1 Études empiriques portant sur les enfants endeuillés suite au suicide d'un parent

Cain et Fast (1966) ont été les premiers à réaliser une étude empirique sur les enfants ayant connu le suicide d'un parent. Ils ont analysé les dossiers médicaux de 45 enfants, 32 garçons et 13 filles, âgés entre 4 et 14 ans, reçus en consultation psychiatrique de quelques jours à 10 ans ($M = 4$ ans) après le suicide d'un de leur parent. La majorité de ces enfants ont perdu leur père par suicide; les auteurs rapportent un ratio de 2 suicides paternels pour un suicide maternel. Ces enfants manifestaient différents signes de perturbation : encoprésie, fétichisme, délinquance, fugues, désordres psychosomatiques, dépression, anxiété, troubles d'opposition et présentent trois fois plus de troubles psychotiques qu'un groupe témoin formé de 45 enfants non endeuillés également suivis en consultation psychiatrique. Aucun lien ne peut cependant être établi entre le suicide du parent et ces désordres. Les auteurs discutent, par ailleurs, de deux facteurs associés, à leur

avis, à des désordres chez les enfants endeuillés suite au suicide d'un parent : soit le sentiment de culpabilité et des distorsions dans la communication. La pensée magique des enfants alimente leur sentiment de culpabilité. Ils tendent à croire que leur mauvaise conduite ou des souhaits hostiles formulés à l'égard du défunt sont à l'origine du décès. De plus, plusieurs ont l'impression qu'ils auraient pu intervenir pour prévenir le suicide. Le sentiment de culpabilité de certains enfants a été exacerbé par le fait qu'antérieurement au suicide, on leur avait demandé de prendre soin de leur parent suicidaire. D'autres enfants s'étaient faits dire que leurs comportements contribuaient à la « maladie » de leur parent suicidaire. Le sentiment de culpabilité chez ces enfants est souvent à l'origine de différentes formes de psychopathologie, notamment la dépression, des comportements masochistes, des obsessions, une passivité exagérée (formation réactionnelle). En outre, des distorsions dans la communication entre le parent survivant et l'enfant sont également mises en cause dans la psychopathologie de l'enfant. La quasi totalité des enfants n'ont pas été informés que le décès avait été causé par un suicide; ils ont plutôt reçu des explications évasives, mensongères ou même aucune information. Ce climat de secret empêche ces enfants d'extérioriser leurs réactions et, par le fait même, de se dégager de leur culpabilité, les isole avec leurs fantaisies et altère leur sentiment de confiance à l'égard du parent survivant. De même, certains enfants ayant été témoins du suicide, mais s'étant fait dire que leur parent est décédé autrement, doutent et questionnent leur perception de la réalité.

Dorpat (1972) a étudié les implications à long terme d'un suicide parental à partir de 17 dossiers psychologiques d'adultes, engagés dans une psychanalyse ou une psychothérapie, ayant connu le suicide d'un parent entre l'âge de 3 et 20 ans. Huit de ces adultes avaient perdu leur mère et neuf leur père. En moyenne 16 ans s'étaient écoulés entre le décès et le début du travail psychothérapeutique. Dorpat constate que le suicide d'un parent constitue, pour ces endeuillés, un trauma psychique majeur qui s'inscrit dans une série d'expériences d'adversité avant et après le décès. Parmi les stress familiaux auxquels les enfants ont été exposés avant le suicide, il relève les désaccords conjugaux, les désordres psychiatriques chez les parents ainsi que les tentatives et les menaces de suicide de la part des parents. Au nombre des stress

fréquemment rapportés après le décès, il observe la perte du parent survivant et l'absence de soutien de la part de l'entourage. Enfin, il note chez ces endeuillés la présence d'arrêt de développement, de deuil inhibé, de dépression, de comportements autodestructeurs et de pensées morbides, lesquels découleraient, selon sa compréhension clinique, de leur sentiment de culpabilité associé au suicide du parent. Les observations de Dorpat doivent être interprétées avec prudence puisqu'elles ont été faites sur des individus issus d'une population clinique. Le potentiel de généralisation de ces observations est donc limité.

Shepherd et Barraclough (1976) ont examiné les conséquences du suicide d'un parent sur 36 enfants, 14 garçons et 22 filles âgés entre 2 et 17 ans. Les enfants étaient issus de 18 familles recrutées à partir de registres de décès. Le suicide a été commis dans cinq familles par la mère et dans 13 par le père. Deux entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées avec le parent survivant : la première dans les semaines suivant le décès et la seconde entre 5 et 7 ans après le suicide. La moitié des enfants avaient été informés de la véritable nature du décès alors que les autres n'avaient obtenu, soit aucune explication, soit des explications ne référant pas au caractère auto-infligé du décès. Comme dans l'étude de Dorpat (1972), la majorité des enfants endeuillés avaient été exposés avant le décès à de l'instabilité dans leur milieu familial (i.e. séparation conjugale; psychopathologie du parent) et ont dû faire face, suite au décès, à des changements radicaux dans leur mode de vie (i.e. monoparentalité; remariage du parent survivant). À court terme, peu de changements ont été notés quant à l'état de santé physique des enfants suite au suicide de leur parent. Par ailleurs, une augmentation des consultations pour des problèmes de santé physiques a été enregistrée à plus long terme. Sur le plan des changements psychologiques, les enfants manifestaient communément des réactions de repli sur soi, d'agressivité et d'anxiété ainsi que des conduites délinquantes. En se basant sur des critères relatifs à l'état de santé des enfants, à leur performance scolaire, à leur relation avec leur parent survivant ainsi qu'à la cohésion familiale, 41 % des enfants étaient considérés comme fonctionnant adéquatement et 44 % comme ne fonctionnant pas adéquatement. Dans 15 % des cas, les données étaient insuffisantes pour que les auteurs puissent se prononcer. En outre, les enfants qui avaient été davantage exposés

à des événements de vie négatifs avant le décès fonctionnaient moins bien suite au décès que les autres enfants.

Adoptant une perspective psychanalytique, Pfeffer (1981) a exploré les implications du suicide récent d'un parent sur cinq enfants, 3 garçons et 2 filles, âgés entre 6 et 12 ans, hospitalisés en psychiatrie. Quatre de ces enfants étaient en deuil de leur mère alors qu'un était en deuil de son père. Pfeffer soutient que le suicide d'un parent durant la période de latence a un impact profond sur le développement de la personnalité de l'enfant, notamment sur celui de son moi et de son surmoi. Au terme de son étude de cas, elle émet l'hypothèse que les enfants les plus affectés par le suicide d'un parent seraient ceux n'ayant pas résolu les phases développementales de séparation et d'individuation. Elle a observé que les enfants attachés de façon symbiotique à leur parent décédé ne peuvent faire le deuil de celui qui constitue une partie d'eux-mêmes. En outre, ces enfants sont confus quant à leur rôle dans le suicide de leur parent et sont envahis par l'anxiété, la honte, la confusion et un sentiment de culpabilité. Aussi, ils idéalisent le parent décédé et, par conséquent, s'identifient à lui et nourrissent des fantaisies de réunion, ce qui constitue autant de facteurs de risque à des comportements suicidaires. Par ailleurs, elle a observé que l'impact du suicide d'un parent chez les enfants est particulièrement accentué lorsque le parent survivant est engagé dans un processus de deuil compliqué et qu'il entretient une relation de dépendance à l'égard de son enfant, percevant le défunt en ce dernier. Une telle attitude de la part du parent survivant alimente le lien symbiotique entre l'enfant et le défunt. Enfin, les cinq cas rapportés par Pfeffer supportent les conclusions de Cain et Fast (1966, 1972) quant au fait que l'absence de discussions ouvertes à propos de la mort est associée à des réactions pathologiques chez l'enfant.

Demi et Howell (1991) ont interrogé 17 adultes ayant connu le suicide d'un parent ou d'un membre de la fratrie entre l'âge de 2 et 27 ans afin de connaître le sens que ces derniers accordent à cette perte et à ses implications. L'expérience de ces endeuillés se synthétise autour de trois thèmes principaux : vivre la douleur (*experiencing the pain*), dissimuler la douleur (*hiding the pain*) et guérir la douleur (*healing the pain*). Ces adultes ont été confrontés au cours de leur deuil à la douleur

par le fait qu'ils ont été témoins de la désintégration de leur famille, qu'ils ont vécu des sentiments de tristesse, de colère, de solitude, d'isolement, de culpabilité, de faible estime de soi et qu'ils ont été préoccupés de leur état de santé mentale. D'autre part, ils ont parfois dissimulé leur douleur par des comportements de déni, d'évitement, de fuite, de dépendance ainsi que par des secrets. Enfin, ils rapportent avoir été engagés dans un processus de guérison de la douleur au cours duquel ils se sont exprimés ou ont entrepris une démarche thérapeutique. En somme, plusieurs de ces adultes décrivent cette perte précoce comme ayant été douloureuse et comme nuisant encore aujourd'hui à leur bien-être. Cette étude se distingue des précédentes par son caractère phénoménologique et par sa perspective longitudinale. Par ailleurs, son caractère rétrospectif induit des biais de rappel.

Grossman et al. (1995) ont évalué les réactions de 16 enfants, 9 filles et 7 garçons, de 6 et 12 ans endeuillés consécutivement au suicide de leur père survenu au maximum trois ans plus tôt. Les enfants étaient issus de 10 familles distinctes et avaient tous participé à un programme d'intervention sur le deuil après-suicide. Les auteurs ont administré des questionnaires standardisés aux enfants et à leur mère afin de mieux cerner les comportements, réactions de deuil et manifestations traumatiques de ces enfants. À l'exception de manifestations de réminiscence et de fantaisies de réunion, les enfants ont rapporté peu de réactions de deuil. Trente-huit pour-cent des enfants présentaient des symptômes légers de trouble de stress post-traumatique et 19 % des symptômes modérés. Le niveau de fonctionnement social, tel que mesuré par des instruments standardisés, était similaire à la norme des enfants de ce groupe d'âge. Par ailleurs, les garçons de l'échantillon présentaient un niveau de fonctionnement social inférieur à celui des filles; il est impossible de discerner si cette différence identifie un effet du sexe ou plutôt une interaction entre le sexe du défunt et celui de l'enfant. Les résultats de cette étude sont plus optimistes que ceux des travaux précédents. Il est possible que le fait d'avoir participé à un groupe de soutien ait contribué à la bonne adaptation de ces enfants. De même, il est possible que les enfants participant à des groupes de soutien diffèrent des enfants endeuillés n'ayant pas assisté à de tels groupe notamment en ce qui concerne le milieu familial dont ils sont issus. Des mesures standardisées permettent d'ailleurs établir que les

mères des enfants ayant participé à l'étude sont soutenantes pour leurs enfants. Les auteurs expliquent l'écart entre ces résultats et ceux des recherches antérieures (Cain & Fast, 1966; Shepherd & Barraclough, 1976) par le fait que, dans le présent échantillon, les enfants n'avaient pas d'antécédents psychiatriques avant le décès. En outre, ils soulignent que cette recherche a été réalisée 15 à 25 ans après celles de Cain et Fast et de Shepherd et Barraclough et que la vision du suicide a évolué depuis ce temps. Il est possible, en effet, que le suicide ne soit plus aussi tabou qu'il ne l'était et que ce changement de cadre culturel colore l'impact du suicide d'un parent sur les enfants. En somme, cette étude suggère que l'impact du suicide d'un père sur les enfants est limité lorsque les enfants n'ont pas été exposés à des stress majeurs avant ou après le suicide.

Pfeffer et al. (1997) ont recruté, dans la population générale, 22 enfants, 12 garçons et 10 filles, âgés de 5 à 14 ans ayant vécu il y a au moins un mois et au plus trois ans le suicide d'un parent ou d'un membre de la fratrie (huit pères, quatre mères, trois frères et une sœur). Ils ont administré aux enfants ainsi qu'à leur parent des questionnaires psychosociaux standardisés. Ces enfants présentaient des niveaux significativement plus bas d'adaptation sociale et davantage de symptômes de troubles internalisés que la norme des enfants de ce groupe d'âge à des mesures standardisées. Dans 40 % des 16 familles de l'échantillon, on comptait au moins un enfant manifestant des symptômes modérés à sévères de trouble de stress post-traumatique. Dans 31 % des familles on recensait au moins un enfant exprimant des idéations suicidaires, mais aucun n'a présenté d'agirs suicidaires. Enfin, dans 25 % des familles, on retrouvait au moins un enfant qui atteignait le seuil clinique de dépression. La symptomatologie dépressive était associée dans tous les cas à un nombre important de symptômes de trouble de stress post-traumatique. Par ailleurs, même si ces enfants exprimaient des niveaux plus élevés de problèmes psychosociaux que la norme des enfants de cet âge, seule une minorité d'entre eux (38 %) présentaient de tels symptômes. La sévérité des problèmes psychosociaux des enfants était significativement associée avec des facteurs environnementaux comme la psychopathologie de leur parent survivant ainsi que de récents événements de vie stressants. Les parents survivants de ces enfants affichaient des taux plus élevés de

symptômes psychiatriques, notamment d'anxiété et de dépression, que la norme observée dans la population générale.

Wright (1998) a comparé les réactions de deuil et le fonctionnement psychosocial de 30 adultes, 13 femmes et 17 hommes, ayant vécu le suicide d'un parent ($n=15$) ou d'un membre de la fratrie ($n=15$) alors qu'ils étaient âgés de moins de 18 ans et de 30 adultes, 12 femmes et 18 hommes, ayant connu au même âge la perte d'un parent ($n=15$) ou d'un membre de la fratrie ($n=15$) suite à une autre forme de décès. Comparativement aux autres endeuillés, les endeuillés par suicide rapportaient significativement plus de honte, de stigmatisation, de signes d'identification au défunt, de discussions négatives à propos du défunt ainsi qu'un taux plus élevé de consommation de psychotropes. En outre, les endeuillés par suicide étaient plus susceptibles d'avoir reçu des informations inexactes quant à la nature du décès. Par ailleurs, aucune différence ne distinguait les deux groupes quant au sentiment de culpabilité, aux comportements suicidaires, aux symptômes de stress post-traumatique, à la fréquence des discussions à propos du défunt ainsi qu'aux taux d'hospitalisations psychiatriques et de consultations psychothérapeutiques. En somme, Wright conclut que le processus de deuil consécutif à une perte par suicide et à une autre forme de perte durant l'enfance est davantage similaire que différent. Ces résultats doivent, par ailleurs, être interprétés avec prudence considérant la possibilité qu'interfèrent des biais de rappel lorsqu'il est question de rapporter des expériences vécues des dizaines d'années auparavant.

Cerel et al. (1999) ont comparé, pour leur part, la symptomatologie psychiatrique ainsi que le fonctionnement psychosocial de 26 enfants, 13 garçons et 13 filles, âgés entre 5 et 17 ans, endeuillés consécutivement à un suicide parental (85 % des pères) et de 332 enfants ayant connu le décès d'un parent autrement que par suicide ou homicide. Des questionnaires standardisés ont été administrés aux enfants et aux parents survivants à 1, 6, 13 et 25 mois après le décès. Les enfants des deux groupes présentaient des réactions de deuil similaires, mais les enfants endeuillés par suicide manifestaient significativement : plus d'anxiété immédiatement après la perte, plus de colère 6 mois après le décès, plus de honte un an plus tard, moins de soulagement

immédiatement après le décès et moins d'acceptation durant les deux premières années suivant la perte. Par ailleurs, aucune différence significative n'a été décelée entre les deux groupes sur le plan du sentiment de culpabilité, des symptômes de stress post-traumatique, de la suicidalité ainsi que de la fréquence et de la sévérité des symptômes dépressifs. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par Wright (1998). Globalement, les enfants endeuillés par suicide ne manifestaient pas davantage de symptômes de psychopathologie que les autres enfants endeuillés, sauf dans la période précédant (tel que rapporté *a posteriori*) et suivant immédiatement le décès ainsi que deux ans plus tard. Les auteurs concluent que, dans les premiers mois suivants le décès, le stress de la perte parentale serait plus déterminant sur les réactions des enfants que la nature de la perte. Le caractère spécifique d'une perte par suicide influencerait plutôt les réactions subséquentes des enfants. Dans une autre étude, Cerel, Fristad, Weller et Weller (2000) se sont intéressés à l'environnement familial pré et post décès de ces enfants. Comparativement aux enfants ayant connu le décès d'un parent autrement que par suicide, plus d'enfants endeuillés par suicide avaient été exposés avant le décès à la séparation de leurs parents et à des stress psychosociaux. De même, les parents décédés par suicide manifestaient significativement plus de psychopathologie, notamment de troubles de l'humeur, de trouble de personnalité antisociale et d'abus de substances, et auraient été moins engagés auprès de leur enfant que les parents décédés autrement. Par ailleurs, les parents survivants des enfants endeuillés par suicide et ceux des autres enfants endeuillés ne se distinguaient pas quant à leur état de santé mentale ou à la nature de leur relation avec leur(s) enfant(s), laquelle était majoritairement positive.

Pfeffer et al. (2000) ont comparé les symptômes dépressifs, les problèmes de comportement et la compétence sociale de 16 enfants (36 % de garçons et 64 % de filles) âgés entre 5 et 12 ans endeuillés suite au suicide d'un parent à ceux de 64 enfants (51 % de garçons et 49 % de filles) du même âge dont un parent est décédé de cancer. Dans les deux groupes, le décès avait eu lieu au plus 18 mois plus tôt et 55 % des défunts étaient des hommes. La majorité des enfants rapportent des niveaux de symptomatologie dépressive, de problèmes comportementaux et de compétence sociale similaires à la norme des enfants de ce groupe d'âge. Cependant, les enfants

endeuillés par suicide présentent significativement plus de symptômes dépressifs que les enfants dont un parent est décédé de cancer. Les auteurs soulignent que ce résultat peut-être attribuable à l'impact spécifique d'une perte par suicide, mais peut aussi suggérer que les enfants ayant un parent décédé de cancer ont connu cet état dépressif avant le décès alors qu'ils anticipaient la disparition de leur parent.

Sethi et Bhargava (2003) ont comparé 24 enfants, 15 garçons et 9 filles, de 6 à 16 ans ayant connu le suicide d'un parent (12 pères et 4 mères) ou d'un membre de leur fratrie (2 frères et 2 sœurs) 6 à 24 mois plus tôt et 26 enfants du même âge ne rapportant aucune histoire de suicide dans leur famille. Comparativement au groupe témoin, les enfants endeuillés par suicide affichaient des niveaux significativement plus élevés de dépression majeure, de trouble de stress post-traumatique, de trouble panique et de problèmes d'adaptation sociale. Environ la moitié des enfants endeuillés par suicide atteignaient le seuil clinique de dépression majeure et 21 % celui du trouble de stress post-traumatique.

Des travaux récents révèlent qu'une histoire familiale de suicide est associée à un risque suicidaire accru (Brent et al., 2002, 2003; Kim et al., 2005; Qin, Agerbo, & Mortensen, 2002, 2003; Runeson & Asberg, 2003). Brent et al. (2002, 2003) rapportent que la descendance d'individus souffrant de troubles de l'humeur et ayant posé des gestes suicidaires présente un taux six fois plus élevé de comportements suicidaires que la descendance d'individus souffrant également de troubles de l'humeur, mais n'ayant pas d'antécédents suicidaires. Les auteurs concluent que la transmission familiale du suicide dans les familles avec des troubles de l'humeur implique en général la transmission du trouble de l'humeur, une susceptibilité à l'agression impulsive et une histoire d'abus sexuel. Pour leur part, Runeson et Asberg (2003) ont noté des taux de suicide deux fois plus élevés chez les membres de familles de suicidés que chez les membres de familles endeuillées consécutivement à une autre cause que le suicide. Ils concluent qu'une histoire familiale de suicide constitue un facteur de risque au suicide, indépendamment de la présence d'un trouble mental grave. Qin et al. (2003) constatent dans le cadre d'une étude longitudinale auprès de la population générale que les individus ayant une histoire

familiale de suicide sont 2,1 fois plus à risque de commettre un suicide que ceux sans antécédents familiaux de suicide, et ce après avoir contrôlé pour l'impact des antécédents psychiatriques. Ces auteurs concluent qu'une histoire familiale de suicide augmente significativement le risque suicidaire, indépendamment des antécédents psychiatriques familiaux. Kim et al. (2005) révèlent que les membres des familles (parenté de 1^{er} et 2^{ème} degré) dans lesquelles un suicide a été enregistré sont plus de dix fois plus à risque de commettre une tentative de suicide ou un suicide complété que les individus issus de familles sans histoire suicidaire et ce, même après avoir contrôlé l'influence de la psychopathologie. D'autres travaux réalisés auprès de jumeaux et d'enfants adoptés (Glowinski et al., 2001; Wender et al., 1986) suggèrent que des facteurs génétiques seraient en cause dans la transmission familiale du suicide.

Enfin, Tsuchiya et al. (2005) ont réalisé une étude visant à vérifier l'association entre la perte précoce d'un parent par suicide et le développement ultérieur d'un trouble bipolaire. En comparant l'histoire de vie de 947 patients bipolaires adultes à celle de 47 350 individus non bipolaires d'âge correspondant (50 contrôles par patients bipolaires), les auteurs ont observé que le suicide d'un parent est associé à une augmentation du risque de trouble bipolaire. Une telle relation n'était pas observée chez les individus ayant perdu un parent autrement que par suicide. Les individus ayant perdu leur mère par suicide avant âge de 10 ans étaient sept fois plus à risque de développer un trouble bipolaire. Les auteurs concluent que la perte d'un parent par suicide tôt dans la vie augmente le risque de développer un trouble bipolaire.

1.4.2 Synthèse de l'état actuel des connaissances

Ces quelques études permettent de brosser un premier portrait de l'impact du suicide d'un parent sur les enfants. Il apparaît cependant complexe de comparer et de synthétiser les conclusions de ces différents travaux en raison de la diversité des objectifs poursuivis et des méthodologies employées. Alors que certaines études visaient à décrire les symptômes de ces enfants, d'autres comparaient leur état à celui

d'échantillons normatifs d'enfants et d'autres encore mettaient en parallèle leurs réactions avec celles d'enfants ayant perdu un parent autrement que par suicide. Même si tous ces travaux portaient sur la perte d'un parent par suicide durant l'enfance, la définition de la période de « l'enfance » variait considérablement d'une étude à l'autre (étendue de 2 à 27 ans). De plus, des études incluaient à titre de participants des enfants récemment endeuillés ainsi que des adultes ayant connu le suicide d'un parent des dizaines d'années auparavant alors qu'ils étaient enfants. Aussi, certaines études comptaient non seulement des enfants ayant connu le suicide d'un parent, mais également des enfants endeuillés suite au suicide d'un frère ou d'une sœur. Enfin, dans certaines études les enfants participants ont été recrutés à partir d'une population clinique alors que dans d'autres ils sont issus de la population générale. En somme, ces travaux ne présentent que très peu de bases de comparaison. La diversité des objectifs de recherche et l'hétérogénéité des échantillons complique l'effort de tracer un portrait clair et spécifique des réactions des enfants endeuillés consécutivement au suicide d'un parent à des moments précis de leur deuil.

Par ailleurs, certaines évidences peuvent être dégagées de cette recension des écrits. La perte durant l'enfance d'un parent par suicide constitue un événement de vie fragilisant dont les répercussions s'étendent dans le temps. Les enfants endeuillés d'un parent par suicide forment un groupe à risque de présenter des troubles psychiatriques ou des comportements suicidaires. Les résultats des études suggèrent que les enfants ayant perdu un parent par suicide sont plus sujets que la moyenne des enfants ou encore que des enfants endeuillés d'un parent autrement que par suicide de présenter des symptômes et des troubles psychiatriques. Cependant, considérant que ces enfants n'ont pas été évalués avant le suicide de leur parent, il est impossible d'affirmer que leur symptomatologie soit survenue suite au suicide. Il est en effet possible que ces jeunes présentaient déjà un profil psychiatrique différent de la moyenne des enfants avant le suicide de leur parent. En outre, il ressort de la littérature que plusieurs enfants endeuillés suite au suicide de leur parent ne manifestent aucune réponse pathologique. Ce dernier constat est de la plus haute importance puisqu'il démystifie l'existence d'une équation formelle entre la perte d'un parent par suicide et le développement ultérieur de désordres psychiatriques,

suggérant l'influence de variables intermédiaires dans cette relation. Plusieurs études révèlent que le suicide s'inscrit pour les familles dans une chaîne d'événements négatifs. Les enfants ayant connu le suicide d'un parent ont été exposés non seulement au stress du suicide, mais également à diverses expériences d'adversité avant et après le décès, ce qui constitue autant de facteurs susceptibles de contribuer à leur vulnérabilité.

Enfin, il est nécessaire de poursuivre des recherches pour mieux cerner l'expérience de deuil des enfants suite au suicide d'un parent. Afin d'élargir notre compréhension de cette expérience spécifique de perte, il serait pertinent que les travaux futurs dépassent la perspective quantitative et axée sur la pathologie préconisée jusqu'à maintenant dans ce domaine en utilisant notamment des indicateurs autres que la psychopathologie ou les réactions de deuil. En outre, plusieurs chercheurs appartenant au champ des études sur le deuil (Cain & Fast, 1966; Dowdney, 2000; Neimeyer, 2001b) recommandent que des recherches qualitatives focalisant sur le sens accordé, par les endeuillés, à une expérience de perte donnée soient réalisées. Accorder la parole aux enfants ayant perdu un parent par suicide pour mieux comprendre la façon dont ils se représentent le suicide de leur parent et ses implications nous apparaît comme un pas dans cette direction.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre traite des aspects méthodologiques de la présente étude, à savoir le cadre épistémologique, la stratégie de recherche, les participants, le déroulement de l'étude, les instruments de collecte de données, les procédures de gestion, d'analyse et d'interprétation des données ainsi que les considérations éthiques.

2.1 Cadre épistémologique

La présente thèse s'inscrit dans un paradigme d'inspiration constructiviste. Selon cette perspective épistémologique, qui s'oppose au paradigme positiviste, la réalité n'est pas extérieure à l'individu, mais plutôt construite par ce dernier (Lincoln & Guba, 2000; Pourtois & Desmet, 1996b). En ce sens, il n'existe pas une réalité unique et objective, mais plutôt une pluralité de réalités fondamentalement subjectives; objet et sujet sont interdépendants. Les travaux de recherche s'appuyant sur une épistémologie constructiviste étudient les phénomènes humains à travers les regards que les sujets portent sur ceux-ci (Levy, 1994; Lincoln & Guba, 2000; Poupert, 1997; Pourtois & Desmet, 1996a).

En sciences sociales, l'intérêt porté aux représentations des enfants est récent (Alldred, 1998; Boutin, 1997; Deatrick & Ledlie, 2000; Docherty & Sandelowski, 1999; Eder & Fingerson, 2002). Traditionnellement, les enfants ont été perçus comme ne possédant pas les habiletés langagières, mnésiques, conceptuelles et narratives requises pour communiquer leurs visions de la réalité (Amato & Ochiltree, 1987; Docherty & Sandelowski, 1999; Faux, Walsh, & Deatrick, 1988). Ce présupposé a amené plusieurs chercheurs à aborder les enfants comme des « objets de recherche » plutôt qu'en tant que « sujets de recherche »; on recueillait de l'information à propos d'eux, plutôt qu'auprès d'eux (Alldred, 1998; Amato & Ochiltree, 1987; Docherty & Sandelowski, 1999; Eder & Fingerson, 2002). Selon une perspective constructiviste, les points de vue de tous les acteurs concernés par une problématique doivent être entendus puisqu'ils sont révélateurs d'autant de visions différentes de la réalité (Fontana, 2002; Pourtois & Desmet, 1996a; Taylor & Bogdan, 1984). Les enfants sont donc considérés non pas comme insuffisamment matures pour communiquer leurs perceptions de la réalité, mais, au contraire, comme des informateurs privilégiés; ils

sont les seuls à pouvoir décrire le monde tel qu'il leur apparaît (Alldred, 1998; Boutin, 1997; Deatrick & Faux, 1991; Deatrick & Ledlie, 2000; Docherty & Sandelowski, 1999; Eder & Fingerson, 2002). Au terme d'une recension de la littérature sur le développement des capacités mnésiques, narratives et langagières, Docherty et Sandelowski (1999) apportent des appuis empiriques à cette position en concluant que, dès la fin de la période préscolaire, les enfants disposent des compétences nécessaires pour exprimer leurs représentations d'une expérience dans le cadre d'entretiens de recherche. Les divergences relevées en termes de contenu et de forme entre le discours des enfants et celui des adultes pointeraient non pas un problème de crédibilité du discours des plus jeunes, mais témoigneraient plutôt des différences qui existent entre ces deux populations dans leurs façons d'appréhender le monde et dans leurs modes d'expression (Alldred, 1998; Boutin, 1997; Docherty & Sandelowski, 1999). Dans cet esprit, une démarche de recherche constructiviste avec des enfants s'apparente à celle de l'anthropologue allant à la rencontre de « l'Autre » dans l'espoir de voir le monde à travers ses yeux et de le décrire dans ses termes (Alldred, 1998; Eder & Fingerson, 2002).

2.2 Stratégie de recherche

Une méthodologie de recherche qualitative est utilisée dans la présente thèse pour explorer l'expérience subjective des enfants (5 –12 ans) endeuillés suite au suicide d'un parent au cours de la période des deux premières années après le décès.

La démarche méthodologique adoptée est de nature inductive et s'inscrit dans une logique exploratoire et descriptive plutôt que vérificative. L'acte de recherche consiste ainsi à dégager à partir des données empiriques une compréhension de ces expériences plutôt que de soumettre à l'épreuve des données une compréhension postulée a priori (Pourtois & Desmet, 1996a; Taylor & Bogdan, 1984). S'inspirant de l'analyse par théorisation ancrée (Glaser & Strauss, 1967; Paillé, 1994; Strauss & Corbin, 1998), la compréhension émergente est développée de façon progressive par le biais d'un enchaînement d'opérations itératives.

Les données empiriques ont été recueillies dans le cadre d'entretiens individuels semi-dirigés avec des enfants endeuillés et leur parent survivant. Des questions ouvertes appelant des réponses narratives et descriptives structurées selon l'univers de sens et dans les termes des participants eux-mêmes ont été privilégiées (Britten, 1995; Reinharz, 1992; Warren, 2002). De façon à favoriser l'exploration de dimensions de l'expérience des participants non prévues dans la grille d'investigation, l'élaboration au-delà des questions était encouragée (Poupart, 1997).

En concordance avec la visée exploratoire de l'étude, un échantillon non probabiliste de petite taille permettant une analyse détaillée et circonstanciée de l'expérience des participants a été privilégié (Deslauriers & Kérisit, 1997; Patton, 1990).

2.3 Participants

Quatorze enfants, 7 garçons et 7 filles, ainsi que leur parent survivant (dix parents) issus de dix familles différentes ont participé à la présente recherche.

2.3.1 Recrutement

Pour participer à l'étude, les enfants devaient avoir connu le suicide de leur père ou de leur mère au cours des deux dernières années et être âgés entre 6 et 12 ans. Les enfants de moins de 6 ans n'étaient pas éligibles à l'étude puisqu'avant cet âge plusieurs enfants n'ont pas les habiletés nécessaires pour verbaliser leur expérience. Puisque l'étude porte sur la réalité des enfants endeuillés par suicide, les jeunes de plus de 12 ans, âge généralement admis comme marquant le début de l'adolescence, n'étaient pas éligibles non plus à participer à l'étude. Au sein d'une même famille, la participation de l'enfant et du parent survivant était requise et tous deux devaient être capables de s'exprimer en français. Plus d'un enfant par famille pouvaient participer à l'étude considérant que l'expérience subjective est, par définition, différente d'une personne à l'autre. Les cas d'homicide-suicide ont été exclus en raison du caractère distinct de ce type de décès.

Deux modes de recrutement ont été utilisés de façon à optimiser la recherche de participants.

Quarante pour cent des familles de l'échantillon ont été recrutées par l'intermédiaire du Groupe McGill d'études sur le suicide de l'Hôpital Douglas². Les familles ayant participé entre septembre 2002 et août 2003 à des études de ce groupe de recherche³ ont été invitées à prendre part à la présente étude si elles répondaient aux critères d'éligibilité. La totalité des participants éligibles sollicités ont accepté d'être contactés par téléphone par la chercheuse. Lors de l'appel téléphonique, les buts et le déroulement de l'étude ainsi que les gains et risques associés à la participation à cette recherche ont été abordés (voir Appendice A). Nous avons attendu qu'au moins quatre mois se soient écoulés depuis le décès avant de contacter les familles afin de leur donner le temps d'absorber le choc de la perte et de dépasser la phase de déni initial. Au terme de cette démarche, approximativement 57 % des familles rejointes ont accepté de participer à l'étude. Les familles ayant refusé de participer au projet de recherche ont invoqué les motifs suivants : horaire surchargé du parent, non intérêt de l'enfant à participer à l'étude ou souhait de ne pas ressasser les souvenirs entourant le suicide. Les familles ayant refusé de participer ne se distinguaient pas des familles ayant accepté quant à leur profil socio-démographique.

Soixante pour cent des familles ont été recrutées par le biais de centres offrant du soutien psychologique à des adultes et enfants ayant connu le suicide d'un proche : Centre de prévention du suicide de Québec (Québec), Centre Intersection (Gatineau), Centre prévention suicide le Faubourg (Laurentides), Centre régional de prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue (Abitibi), Ressource-Suicide Laval (Laval), JEV Centre de prévention du suicide (Estrie), Suicide-Action Montréal (Montréal). De septembre 2002 à août 2003, les usagers de ces centres qui répondaient aux critères d'éligibilité à l'étude ont été invités à participer à la présente recherche. Dans les cas où les usagers étaient des enfants, l'invitation a été transmise

² La présente thèse s'inscrit notamment dans le cadre des travaux de ce groupe de recherche.

³ Les participants des études de ce groupe de recherche sont initialement recrutés à partir des registres de décès du Bureau du Coroner du Québec.

a priori au parent. Chaque centre a opté pour une modalité d'approche congruente avec sa philosophie et ses standards éthiques. Dans certains organismes, les intervenants ont invité directement la clientèle éligible à participer à l'étude. Dans d'autres centres, une lettre présentant l'étude (voir Appendice B) a été envoyée au domicile des familles éligibles. Seules l'identité et les coordonnées des parents ayant manifesté leur intérêt à obtenir davantage d'informations ont été révélées à la chercheuse qui les a alors contactés par téléphone. Le contenu du contact téléphonique était le même que dans le mode de recrutement précédent. Pour des raisons de confidentialité, la chercheuse n'a pu obtenir de tous les centres le nombre de parents approchés et n'est donc pas en mesure d'estimer le taux global de participation associé à ce mode de recrutement. Aucune des familles dans lesquelles le parent n'avait pas encore révélé à l'enfant la véritable nature du décès, à savoir qu'il s'agit d'un suicide, n'a accepté d'être contactée par la chercheuse. On peut croire qu'un tabou entoure le décès du parent dans ces familles et que, par conséquent, le parent ne souhaitait pas que ce thème soit abordé avec son enfant. Par ailleurs, toutes les personnes rejointes par la chercheuse ont accepté de participer à la présente étude, à l'exception d'un parent ayant un enfant sous la Loi de la protection de la jeunesse. Ce taux élevé, à ne pas confondre avec un taux de participation global, reflète probablement le fait que seules les familles vraiment intéressées à participer à l'étude ont donné leur accord pour être contactées par la chercheuse.

Contrairement à la pratique d'usage en recherche quantitative, en recherche qualitative le nombre de participants n'est pas déterminé a priori. Le recrutement se termine généralement lorsque s'observe une saturation théorique, c'est-à-dire au moment où l'ajout de nouveaux cas ne permet plus d'enrichir significativement la compréhension d'un phénomène étudié (Glasser & Strauss, 1967; Laperrière, 1997a; Savoie-Zajc, 1996). C'est généralement suite à la réalisation et à l'analyse de 5 à 15 entrevues que s'observe un tel phénomène (Boutin, 1997; Glaser & Strauss 1967). Ce sont, par ailleurs, des considérations pratiques telle que la difficulté d'avoir accès à davantage de participants, plus que l'atteinte d'une véritable saturation théorique, qui justifient précisément la taille finale de l'échantillon.

2.3.2 Composition de l'échantillon

Quatorze enfants ($n=14$), 7 garçons et 7 filles, âgés entre 6 et 13 ans ($M= 9,9$) et issus de dix familles différentes ont participé à l'étude. Au sein d'une même famille, un maximum de deux enfants ont participé à la recherche. Un jeune de 13 ans a été inclus dans l'échantillon malgré que la limite d'âge maximale établie a priori était de 12 ans en raison de la difficulté de recruter une telle population.

Douze des enfants ont connu le suicide de leur père et deux de leur mère. Au moment de leur participation à l'étude, entre 6 et 24 mois ($M= 15,9$) s'étaient écoulés depuis le suicide. Les enfants étaient âgés entre 4 et 12 ans ($M= 8,6$) au moment du décès de leur parent. Un seul enfant a découvert le corps de son parent décédé, mais tous les enfants avaient déjà été informés, avant de participer à l'étude, que leur parent était décédé par suicide. Les enfants entretenaient avant le décès des contacts réguliers avec leur parent qui s'est suicidé, 13 sur 14 habitaient avec celui-ci dans un contexte de coparentalité ou de garde partagée. Dans neuf des dix familles (90 %), les parents étaient séparés ou en instance de séparation et, pour six d'entre elles (60 %), la séparation avait eu lieu au cours des cinq derniers mois avant le suicide.

Dans neuf des dix familles, le suicide a été commis par le père alors que dans l'une d'entre elles, il a été commis par la mère. Cette proportion plus élevée de suicides paternels que maternels dans le présent échantillon est congruente avec les statistiques révélant qu'au Québec 8 suicides sur 10 sont commis par des hommes (Malenfant, 2003). En se basant sur les dires du parent survivant, la majorité (80 %) des parents qui se sont suicidés étaient atteints d'un trouble psychiatrique pour lequel ils avaient reçu un diagnostic (i.e. trouble délirant, trouble bipolaire, trouble dépressif, abus ou dépendance de substances) ou présentaient des symptômes psychiatriques. Les moyens de suicide utilisés par ces parents se répartissent ainsi : pendaison et strangulation (60 %), intoxication au monoxyde de carbone (10 %), lacération (10 %), immolation (10 %) ainsi qu'intoxication au monoxyde de carbone combinée avec usage d'une arme à feu (10 %). Cette répartition des moyens correspond à celle rapportée dans la population québécoise où environ 53,6 % des suicides sont commis

par pendaison, strangulation et asphyxie (St-Laurent & Bouchard, 2004). Au moment de leur décès, les parents suicidés étaient âgés entre 28 et 44 ans ($M = 38,7$).

Les parents participants ($n=10$), un père et neuf mères, étaient âgés entre 28 et 43 ans au moment de leur participation à l'étude ($M = 35,9$). Tous ont un lien biologique avec leur enfant. Depuis le décès, tous les enfants habitent avec leur parent survivant.

Tous les participants sont d'origine canadienne. Soixante-dix pour-cent d'entre eux sont catholiques alors que 30 % se définissent comme athées. Le profil socio-économique des familles de l'échantillon est diversifié, le revenu familial après le décès varie entre 6000\$ et plus de 50 000 \$.

2.4 Déroulement de l'étude

Les enfants et les parents ont été rencontrés séparément par la chercheuse, dans un lieu et à un moment qui leur convenaient. Sept parents ont été rencontrés à domicile, un à son lieu de travail, un à la Clinique universitaire de psychologie de l'Université de Montréal et un à l'Université du Québec en Outaouais. Douze enfants ont été rencontrés à domicile alors que deux ont été interviewés dans des locaux de la Clinique universitaire de l'Université de Montréal destinés à accueillir des enfants. Toutes les entrevues ont été réalisées entre novembre 2002 et juillet 2003.

Les entrevues avec les parents ont eu lieu à un moment où il était possible pour eux de se décharger de leurs responsabilités parentales et de se consacrer pleinement à l'entrevue, par exemple alors que l'enfant était à l'école ou qu'un autre adulte s'occupait de lui. Les entrevues avec les enfants ont été fixées durant le jour plutôt qu'en soirée de façon à ce qu'ils ne soient pas gênés par la fatigue. La rencontre avec le parent précédait celle avec l'enfant considérant que, de façon générale, les parents sont plus enclins à accepter que leur enfant soit interrogé et, conséquemment, se confie à un chercheur s'ils ont eu l'occasion d'établir eux-mêmes au préalable un lien de confiance avec ce dernier (Deatrick & Ledlie, 2000; Parkes, 1995). Cette séquence permettait aussi à la chercheuse de savoir, avant d'interroger l'enfant, ce qui lui avait été révélé à propos des circonstances du décès et,

conséquemment, quelles questions elle était autorisée à lui poser. Par exemple, aucune question sur le lieu du suicide du père n'était posée à un enfant dont la mère souhaitait camoufler le lieu du suicide.

L'entretien avec le parent débutait par une période de prise de contact. Lorsque la rencontre se déroulait à domicile et que l'enfant était présent, la chercheuse établissait aussi un contact avec ce dernier et lui fournissait un aperçu de l'entrevue à laquelle il allait participer prochainement. Le parent et la chercheuse s'isolaient par la suite dans un endroit propice à la libre expression.

Après avoir présenté et fait signer au parent le formulaire de consentement éclairé (voir Appendice C), une entrevue semi-structurée d'une durée d'environ deux heures était réalisée. Le canevas de l'entrevue est détaillé dans la section suivante *Instruments de collecte de données*. À la fin de la rencontre, une période était allouée pour que le parent puisse ventiler ou poser des questions à la chercheuse. Lorsque des questions étaient adressées à cette dernière en cours d'entrevue, celle-ci les notait et expliquait au parent qu'elle y répondrait à la fin de la rencontre de manière à ne pas interférer avec le déroulement de l'entrevue. Les questions adressées à la chercheuse concernaient généralement le caractère « normal » de certaines réactions de deuil chez les enfants ou le bien-fondé de certaines pratiques parentales.

L'entretien avec l'enfant suivait immédiatement l'entrevue avec le parent ou avait lieu quelques jours plus tard, à la convenance de la famille. La rencontre avec l'enfant débutait par une période de prise de contact où la chercheuse se présentait à lui. De façon à ce que l'enfant se sente en sécurité et dans un contexte familial, cette partie initiale de la rencontre se déroulait en présence du parent. Le but et le déroulement de la rencontre ainsi que les limites de la confidentialité étaient alors abordés (voir Appendice D).

Afin d'éviter que les réponses de l'enfant ne soient colorées par la présence du parent, celui-ci se retirait par la suite et une entrevue semi-structurée d'une durée d'environ 50 minutes était réalisée avec l'enfant. La littérature scientifique suggère qu'un entretien de recherche d'une durée de 30 à 60 minutes est optimal avec les

enfants (Deatrick & Ledlie, 2000; Faux et al., 1988). Le plan de l'entrevue est détaillé dans la section *Instruments de collecte de données*. À la fin du processus, en guise de remerciement, l'enfant pouvait choisir une récompense parmi une sélection de menus objets tels que des crayons, petites voitures, collants, calepins, etc.

Suite à la rencontre, certains enfants ont partagé avec leur parent ce qu'ils avaient mentionné en entrevue. D'autres ont choisi de ne rien révéler du contenu de l'entretien à leur parent. Le niveau de révélation souhaité par chacun des enfants fut respecté. Par ailleurs, dans certaines circonstances, la chercheuse a sensibilisé l'enfant à la pertinence d'aborder avec son parent certains points soulevés en entrevue, notamment la présence d'idéations suicidaires ou un sentiment de profonde détresse. Dans de tels cas, un retour fut effectué auprès du parent, en présence de l'enfant. Dans aucun cas, des informations n'ont eu à être divulguées au parent contre la volonté de l'enfant.

Par précaution, la chercheuse rappelait les familles le lendemain de la dernière rencontre ainsi que deux semaines après celle-ci afin d'offrir, si nécessaire, du soutien psychologique. Suite à ces appels, la chercheuse faisait parvenir au parent et à l'enfant une lettre distincte de remerciement (voir Appendice E et F).

Tous les parents et enfants participants ont accepté que l'entrevue soit enregistrée à l'aide d'un magnétophone.

2.5 Instruments de collecte de données

2.5.1 Entrevue avec le parent

Une grille d'entrevue semi-dirigée composée de deux phases a été conçue pour les entretiens avec les parents (voir Appendice G). La première phase regroupe des questions visant à connaître le profil socio-démographique des familles participantes. La deuxième phase est constituée de questions ouvertes portant sur les circonstances entourant le suicide (i.e., « Pouvez-vous me décrire les circonstances du décès ? »), sur la façon dont les parents agissent avec leur enfant en lien avec le suicide et sur

leurs motivations à intervenir ainsi (i.e., « Pouvez-vous me raconter comment le décès a été annoncé à votre enfant? », « Pouvez-vous me raconter comment s'est décidée la participation de votre enfant aux rituels funéraires? ») ainsi que sur leurs perceptions de leur enfant depuis le décès (i.e., « Voyez-vous une différence chez votre enfant entre ce qu'il était avant le décès et depuis le décès? Comment qualifieriez-vous cette différence? »). La grille comporte également des questions d'élaboration qui ont été utilisées à titre de relances auprès des parents qui répondaient succinctement aux questions initiales. Les réponses aux questions de cette phase visent à mettre en contexte le discours des enfants.

De manière à éviter un style interrogatoire et à respecter le fil du discours des parents, la formulation et la séquence des questions de la grille ont été adaptées en cours d'entretien. En plus des questions de la grille, des questions d'approfondissement et de clarification ont été adressées aux parents. À l'instar de l'approche par théorisation ancrée dont s'inspire la présente recherche, les parents étaient également invités à commenter certaines des idées exprimées précédemment par les autres participants de façon à en approfondir la compréhension (Charmaz, 2002).

2.5.2 Entrevue avec l'enfant

Une entrevue individuelle semi-dirigée a été réalisée avec chacun des enfants pour explorer l'expérience subjective des enfants endeuillés consécutivement au suicide d'un de leurs parents. Une grille d'entrevue composée de questions ouvertes et non directives permettant à l'enfant de décrire selon sa propre perspective et dans ses propres termes comment il comprend et vit cette expérience a été conçue (voir Appendice H). Afin d'être à la portée des enfants, les questions étaient courtes et formulées dans un langage ni trop puéril, ni trop savant.

De façon à ce que l'enfant se sente confortable, l'entretien débutait par des questions d'ordre général non menaçantes (i.e., « Quelle est ton activité préférée ? »). Les questions de la grille étaient ensuite utilisées comme tremplins pour inciter les enfants à s'engager dans une discussion libre au sujet de leur expérience de perte et

non pour orienter une exploration spécifique de certains aspects de leur expérience. Ainsi, tout comme avec les parents, les questions de la grille ont été adressées aux enfants dans une séquence et selon une formulation variable de façon à ce qu'elles s'intègrent naturellement dans le fil d'une conversation. De même, la grille d'entrevue initiale a été bonifiée en cours d'étude afin d'intégrer les thèmes abordés par les enfants rencontrés précédemment.

Des crayons de couleur et du papier ont été mis à la disposition de l'enfant tout au long de l'entrevue à titre de soutien à l'élaboration verbale. Initialement, les enfants aimant dessiner ont été invités à amorcer la discussion à propos de leur expérience de perte à partir d'un dessin (i.e., « Peux-tu me dessiner quelque chose qui te fait penser à ce qui est arrivé à ton papa/ta maman ? »). En plus de fournir un point de départ concret à une discussion sur les représentations abstraites de l'enfant (Greig & Taylor, 1999), la réalisation d'un dessin en début d'entrevue contribue généralement à diminuer l'anxiété inhérente au contexte d'entretien (Faux et al., 1988). En effet, dessiner consiste en une tâche simple et ludique qui situe l'entretien dans un contexte informel (Boutin, 1997; Eder & Fingerson, 2002; Faux et al., 1988). L'enfant était libre d'utiliser le dessin au-delà de la phase initiale afin d'exprimer ses idées (Deatrick & Ledlie, 2000; Faux et al., 1988), de canaliser son anxiété (Deatrick & Ledlie, 2000) ou de se distraire momentanément des affects intenses induits par la conversation (Séguin & Brunet, 1999).

Afin d'aider l'enfant à émerger des affects négatifs qui ont pu être suscités par l'entrevue, celui-ci était appelé à la fin de la rencontre à se recentrer sur ses mécanismes d'adaptation (i.e., « Si tu rencontrais un enfant dont le papa/la maman venait de mourir de la même façon que ton papa/ta maman, quels conseils lui donnerais-tu pour l'aider? ») de même que sur ses rêves et ambitions (i.e., « Si la lampe d'Aladin existait, que tu l'avais entre tes mains et que tu pouvais faire trois vœux, quels vœux ferais-tu ? »).

2.5.3 Validité des instruments

Selon la perspective constructiviste, en raison de l'inextricable relation sujet – objet, le fait d'étudier une expérience humaine à partir de données subjectives est en soi une mesure qui contribue à assurer la validité des données (Lofland & Lofland, 1984; Poupart, 1997; Taylor & Bogdan, 1984).

Cependant, même si on reconnaît que les sujets sont les mieux placés pour fournir des informations valides sur la façon dont ils vivent une expérience donnée, encore faut-il qu'ils s'expriment honnêtement sur ce qu'ils pensent et ressentent. Dans la présente étude, diverses attitudes et techniques ont été adoptées par la chercheuse afin de favoriser l'émergence d'un discours authentique et valide chez les participants. Tel que relevé par Reason (1981, cité dans Sparkes, 2001) : « (...) la validité selon le nouveau paradigme en recherche [constructiviste] repose sur les habiletés et la sensibilité du chercheur, sur la façon dont il s'utilise comme instrument de connaissance et comme enquêteur. La validité est davantage personnelle et interpersonnelle que méthodologique. » [traduction libre] (p. 543).

Considérant que les interviewés sont généralement plus enclins à s'exprimer spontanément et authentiquement s'ils sont interrogés dans un milieu familier (Boutin, 1997; Britten, 1995; Eder & Fingerson, 2002; Poupart, 1997), les familles se sont vues offrir la possibilité d'être rencontrées à domicile.

Puisque les interviewés sont plus susceptibles de se révéler authentiquement dans le cadre d'une relation de confiance (Boutin, 1997; Eder & Fingerson, 2002; Faux et al., 1988; Fontana & Frey, 2000; Poupart, 1997), la chercheuse a adopté une attitude chaleureuse, non jugeante et empathique de même qu'un vocabulaire qui se voulait adapté au style et au niveau de langage de chacun ⁴.

⁴ La chercheuse a développé ces habiletés au cours de sa formation en psychologie clinique et via son expérience bénévole de plus de 9 ans à Suicide-Action Montréal. Diverses anecdotes témoignent qu'une alliance a été établie avec les participants, notamment : un garçon a demandé de rencontrer une seconde fois la chercheuse pour continuer de discuter de son deuil avec elle; un autre a exprimé se sentir plus « léger » suite à la rencontre; une jeune fille souhaitait correspondre avec elle. Pour leur part, certains parents ont mentionné avoir raconté des dimensions de leur expérience qu'ils n'avaient encore jamais révélé à quiconque.

Afin de favoriser l'émergence d'un discours spontané qui soit le moins possible empreint des interventions de la chercheuse, les questions furent habituellement formulées de façon ouverte et non suggestive (Boutin, 1997; Poupart, 1997). De même, le rythme, les silences ainsi que les digressions des participants furent généralement respectés (Poupart, 1997; Van der Maren, 1996).

La chercheuse a tenté de prévenir les biais de désirabilité sociale en désamorçant la peur potentielle des participants d'être jugés, pénalisés ou réprimandés s'ils révélaient leurs véritables pensées ou sentiments (Boutin, 1997; Poupart, 1997). Elle leur a communiqué qu'elle était intéressée à entendre leurs points de vue quels qu'ils soient (i.e., « Ici, ce n'est pas comme à l'école, il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse; toutes les réponses sont bonnes parce que ce qui m'intéresse c'est de comprendre ce qui se passe dans ta tête et dans ton cœur à toi ! ») et a tenté de normaliser les aspects de leur expérience qui pouvaient être embarrassants à révéler (i.e., « Parfois, les parents préfèrent pour diverses raisons camoufler à leurs enfants certaines informations par rapport aux circonstances du décès. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de déguiser la vérité à votre enfant? Pouvez-vous me raconter? »).

Lors des entretiens avec les enfants, des efforts ont été déployés dès le début de la rencontre pour atténuer le rapport de force inhérent aux relations adulte – enfant, lequel est susceptible de nuire à une révélation libre et authentique (Alldred, 1998; Boutin, 1997; Eder & Fingerson, 2002; Faux et al., 1988). La chercheuse a tenté de faire sentir aux enfants qu'elle n'agissait ni comme une figure d'autorité, ni comme une inquisitrice. Ainsi, elle s'est présentée en mettant en relief les points communs qu'elle partageait avec l'enfant (i.e., « Comme toi, je suis une élève qui va à l'école et je fais une recherche... »). Elle a aussi tenté de renverser le déséquilibre de pouvoir en communiquant à l'enfant qu'il pouvait lui en apprendre beaucoup sur ce que les jeunes dans sa situation pouvaient penser ou ressentir (Eder & Fingerson, 2002; Rubin & Rubin, 1995).

De manière à valider et à approfondir le discours des participants, ces derniers étaient invités tout au long de l'entrevue à illustrer leurs propos d'exemples (i.e., « Tu me dis que tu parles souvent du suicide de ton papa, peux-tu me raconter une fois où tu en as parlé ? Peux-tu penser à une autre fois ? »). Différentes questions appelant sous des angles distincts des réponses similaires ont également été formulées au cours de l'entretien de façon à « trianguler » les propos des participants (Guillemette & Boisvert, 2003) (i.e., « Qu'est-ce que tu fais pour t'aider quand tu trouves ça trop difficile ? » et « Quels conseils donnerais-tu à des enfants qui sont dans la même situation que toi ? »). Lorsque des réponses semblaient contradictoires, la chercheuse soulignait au participant l'apparente incongruité pour tenter d'en saisir le sens. En outre, la chercheuse s'est assurée à l'aide de questions d'explicitation, de reformulations et de synthèses de valider sur le champ auprès des participants sa compréhension de leurs propos afin d'éviter d'avoir subséquemment à en inférer un sens (Boutin, 1997; Mucchielli, 1996c).

2.6 Procédures de gestion, d'analyse et d'interprétation des données

Une démarche analytique qualitative a été utilisée pour dégager une compréhension du discours des enfants et de leur parent. L'analyse qualitative des données vise à générer une synthèse des informations recueillies au sujet d'un phénomène. Paillé (1996b) définit l'analyse qualitative comme suit:

C'est une démarche discursive et signifiante de reformulation, d'explicitation ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène. La logique essentielle à l'œuvre participe de la découverte ou de la construction de sens. Les mots, qui sont souvent le support sur lequel travaille l'analyste, ne sont jamais analysés que par d'autres mots, sans qu'il y ait de passage par une opération numérique. Le résultat n'est jamais une proportion ou une quantité; c'est une qualité, une dimension, une extension, une conceptualisation de l'objet. (p. 180)

L'approche analytique préconisée dans cette thèse s'inspire de la théorisation ancrée (Glasser & Strauss, 1967; Paillé, 1994; Strauss & Corbin, 1998) de même que des procédures d'analyse qualitatives proposées par Coffey et Atkinson (1996) ainsi

que par Tesch (1990). Elle consiste en un enchaînement d'opérations d'organisation, de codification, de catégorisation et de développement de thèmes.

Dans un premier temps, les données ont été organisées. Le discours des enfants et des parents a été analysé séparément. Chacune des entrevues a été transcrite intégralement par des assistantes de recherche et emmagasinées sur des fichiers informatiques. L'ensemble des transcriptions totalisent plus de 1500 pages à simple interligne. La chercheuse a relu chaque verbatim en écoutant simultanément l'enregistrement audio correspondant afin de s'assurer de la fidélité de la transcription, des corrections ont été apportées lorsque nécessaire. Cette lecture préliminaire a permis également à la chercheuse de reprendre contact avec le contenu des entrevues et de s'imprégner des données, une étape jugée essentielle par plusieurs auteurs (Boutin, 1997; Deslauriers, 1991). Suite à cette opération, les transcriptions ont été exportées sur le logiciel d'analyse de données qualitatives QSR NVivo avec lequel le processus d'analyse a été réalisé. Ce logiciel permet d'établir des relations entre le verbatim, les codes, les catégories, les thèmes et les réflexions analytiques associés à un même projet de recherche. Il comporte des fonctions de recherche permettant de retrouver les extraits de textes associés à un code, à une catégorie ou à un attribut particulier, tout comme à une combinaison de ces aspects. En somme, ce logiciel est un soutien à ce que Tesch (1990) décrit comme une démarche de déstructuration – restructuration du discours à travers laquelle un sens est dégagé des données (Bourdon, 2001).

Après l'étape d'organisation, suivait une phase de codification visant à transformer les données brutes en une première formulation signifiante (Mucchielli, 1996b). Chaque transcription, une à la suite de l'autre, a été découpée en unités de sens et codée (Coffey & Atkinson, 1996; Paillé, 1994; Strauss & Corbin, 1998; Tesch, 1990); le logiciel QSR NVivo permet d'établir des hyperliens entre des passages du texte et des codes. Chaque portion du discours référant à une idée distincte constituait une unité de sens ou segment. Dans certains cas, le segment était composé de quelques mots alors que, d'autres fois, il englobait plusieurs phrases. Un code, à savoir un mot ou une courte expression, traduisant l'idée manifeste véhiculée dans l'extrait était attribué à chacun des segments (i.e, « mort - douce »; « suicide -

passage obligé »). Plus d'un code pouvait être assigné à un même segment. En concordance avec la logique inductive et exploratoire de l'étude, aucune grille de codification n'a été établie a priori. Les codes (au total 853) ont émergé des données, ils ont été formulés au fur et à mesure de l'analyse à partir de mots puisés à même le discours des participants ou de termes proposés par la chercheuse. Le sens d'un segment était déterminé en considérant le contexte dans lequel il se situait. Pour ajouter à la valeur conceptuelle, certains codes ont été attribués en mettant en relation le discours de l'enfant avec celui de son parent. Ainsi, les extraits portant sur ce que l'enfant comprend des circonstances du suicide ont été codés en les liant à ce que le parent rapporte lui avoir révélé à ce sujet. L'ensemble des passages du corpus ont été codés. Ce n'est qu'ultérieurement que les codes non pertinents pour les objectifs de l'étude ont été mis à l'écart. Cette phase de découpage - codification correspond à ce que Tesch (1990) nomme l'étape de « déstructuration » ou encore à l'étape initiale de « codification » en théorisation ancrée (Paillé, 1994; Strauss & Corbin, 1998).

Simultanément à l'exercice de codification, s'est amorcée une opération de catégorisation qui consistait à organiser progressivement les codes entre eux afin de dégager des extraits codifiés un sens plus général (Coffey & Atkinson, 1996; Mucchielli, 1996a; Paillé, 1994; Strauss & Corbin, 1998; Tesch, 1990). Au fur et à mesure de la progression de l'analyse, les divers codes étaient continuellement comparés entre eux de manière à cerner leurs similarités et différences. Au cours de ce processus de comparaison constante (Glaser & Strauss, 1967; Paillé 1994; Strauss & Corbin, 1998), des codes ont été fusionnés alors que d'autres non pertinents pour répondre aux questions de la présente thèse ont été mis à l'écart (i.e., « aime dessiner »). La majorité des codes ont, pour leur part, été regroupés pour constituer des catégories (au total 30) qui se situaient à un niveau conceptuel supérieur. Le logiciel QSR NVivo permet de développer une classification hiérarchisée des codes qui puisse être remaniée en tout temps en cours d'analyse. Ainsi, par exemple, le code « mort – douce » a été regroupé sous la catégorie « perception de la mort ». Les segments de verbatim qui se rattachaient à une même catégorie ont alors été mis en commun et relus afin de s'assurer que la catégorie émergente reflétait adéquatement les propos des participants. Les catégories étaient ainsi soumises à l'épreuve des

phénomènes dont elles étaient une description (Paillé, 1996a). Ici encore, en concordance avec l'approche inductive, le processus de catégorisation a été réalisé sans grille théorique ou conceptuelle a priori. Cette étape où les segments sont réorganisés et regroupés en fonction de leurs significations correspond à la phase de l'analyse qualitative que Tesch (1990) appelle « restructuration » ainsi qu'à l'étape de catégorisation en théorisation ancrée.

S'est amorcée ensuite la phase de développement de thèmes (Coffey & Atkinson, 1996; Tesch, 1990). À leur tour, les catégories ont été organisées et regroupées autour de thèmes (au total 7), ou méta-catégories, en fonction des liens établis entre elles, de leurs similitudes et de leurs différences. Cette opération a été réalisée selon les mêmes procédures que lors de la phase de catégorisation.

L'intégration des différents thèmes et catégories émergeant du discours des participants constitue le produit final de l'analyse. Considérant la petite taille de l'échantillon, il est impossible d'analyser les variations de l'expérience des parents ou des enfants en fonction de variables indépendantes tels que l'âge, le sexe ou le temps écoulé depuis le décès. Par ailleurs, lorsque des dimensions sont davantage observées chez un sous-groupe d'enfants ou de parents, ceci est mentionné. En outre, les propos des participants ont été analysés et interprétés dans leur ensemble, aucune analyse visant à générer une compréhension articulée de l'expérience d'individus en particulier n'a été effectuée.

Bien que présenté de façon linéaire, ce processus de segmentation - codification, catégorisation et développement de thèmes a été réalisé de façon itérative, en ce sens où l'analyse s'est précisée et raffinée à travers plusieurs cycles de retour sur les étapes précédentes. Par ailleurs, alors qu'en recherche qualitative, l'analyse et la collecte de données sont habituellement effectuées de façon concomitante, pour des raisons pratiques (i.e. manque de temps), l'analyse des données a été réalisée après que toutes les entrevues aient été complétées.

Aux différentes étapes du processus analytique, des mémos consignaient les réflexions de la chercheuse à propos des codes, catégories ou thèmes émergents

ainsi que des liens potentiels pouvant exister entre eux ont été rédigés pour assurer un suivi du développement des analyses (Laperrière, 1997b; Strauss & Corbin, 1998).

Évidemment, les systèmes de référence, tout comme les valeurs de la chercheuse, sont susceptibles d'avoir coloré la démarche analytique. Le paradigme constructiviste reconnaît l'impossibilité pour le chercheur de contourner totalement sa propre subjectivité dans sa façon d'aborder l'acte de recherche (Davies & Dodd, 2002; Drapeau & Letendre, 2001; Laperrière, 1997a; Pourtois & Desmet, 1996b; Warren, 2002). En effet, considérant l'inextricable interrelation entre objet et sujet, le chercheur ne peut poser sur son objet de recherche, tout comme sur le monde qui l'entoure, un regard complètement neutre et objectif; il ne peut qu'appréhender la réalité à travers sa qualité de sujet. Tel que souligné par Anthony (1974) : « Qu'il [l'investigateur psychosocial] le sache ou non, il est toujours influencé par ses propres préconceptions qui sont intimement tissées dans sa façon d'appréhender la réalité » (p. 3). Selon la perspective constructiviste, la validité des résultats ne relève donc pas de « l'objectivité » de la démarche analytique, elle réside plutôt dans le fait de présenter une compréhension d'un phénomène qui soit solidement ancrée dans les données (Davies & Dood, 2002; Paillé, 1994; Pourtois & Desmet, 1996a). Pour ce faire, la compréhension proposée se doit d'être la plus descriptive possible (Drapeau & Letendre, 2001) et formulée le plus près possible des termes des sujets (Alldred, 1998; Eder & Fingerson, 2002). De cette façon, le lecteur peut lui-même juger de la crédibilité de la compréhension formulée ainsi que de la correspondance entre cette dernière et les données empiriques.

2.7 Considérations éthiques

La présente étude a été approuvée par le comité d'éthique de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal (voir Appendice I).

De nombreux efforts ont été déployés pour que les participants consentent de façon libre et éclairée à participer à l'étude. La chercheuse a fourni en toute franchise aux participants potentiels des renseignements sur les buts et le déroulement de l'étude, sur les risques et gains associés au fait d'y participer ainsi que sur les mesures

de confidentialité adoptées. De façon à éviter d'induire de la pression sur les participants potentiels, ceux-ci étaient approchés a priori par une personne contact indépendante de l'étude (voir la section *Participants* pour obtenir davantage d'informations sur les procédures de recrutement). Les parents qui préféraient ne pas être contactés par la chercheuse étaient libres de le signifier à cette personne. Ceux qui acceptaient d'être contactés bénéficiaient, d'ici l'appel de la chercheuse, d'un temps de réflexion pour mûrir leur décision de participer ou non à l'étude. Avant de sonder l'intérêt des participants potentiels à s'impliquer dans la recherche, la chercheuse les informait que leur décision de participer ou non était strictement confidentielle et n'allait dans aucun cas être communiquée à la personne contact. Avant que le parent signe le formulaire de consentement, la chercheuse s'assurait que l'assentiment de l'enfant ait été obtenu. Tous les parents ont consenti, avant la tenue des entrevues, à ce qu'eux et leur enfant participent à l'étude.

Au cours de l'étude, la chercheuse a rappelé aux participants leurs droits. À l'instar de Parkes (1995) et Rosenblatt (1995), lorsque des questions plus intimes étaient adressées aux participants, la chercheuse leur rappelait qu'ils étaient libres de ne pas y répondre (i.e., « Est-ce que je peux vous demander votre revenu annuel ? Sentez-vous tout à fait libre de ne pas répondre. »). De même, si en cours d'entretien un participant manifestait des signes de détresse tels que pleurs, colère, maux de tête, la chercheuse lui rappelait qu'il était libre d'interrompre l'entrevue à tout moment. Aucun parent n'a souhaité interrompre sa participation à l'étude. Par ailleurs, la chercheuse a mis fin prématurément à deux entrevues avec des enfants. Dans l'un des cas, la chercheuse estimait que l'enfant ne souhaitait pas participer à l'étude, mais ne faisait que se plier à la volonté de son parent et que l'entrevue induisait chez lui une détresse importante. Dans l'autre cas, l'enfant était très motivé à participer à l'étude, mais à un point de l'entrevue son niveau de détresse était tel qu'il a accepté l'invitation de la chercheuse d'interrompre l'entrevue.

Des mesures ont été adoptées pour limiter les inconvénients associés au fait de participer à l'étude ainsi que pour respecter les besoins particuliers des participants. Lorsque des parents ou enfants devenaient particulièrement émus, la chercheuse

cessait momentanément toute investigation de recherche pour laisser place à l'émotion exprimée, elle s'assurait également d'être soutenante en offrant notamment une écoute chaleureuse et empathique. Lorsqu'un enfant ou un parent semblait remué à la fin d'une rencontre, la chercheuse s'assurait d'intervenir de façon appropriée. Ainsi, un enfant ayant exprimé le besoin de continuer de discuter du suicide de son père avec la chercheuse a été rencontré à deux reprises. Tel que mentionné précédemment, la chercheuse rappelait les familles le lendemain de la dernière rencontre ainsi que deux semaines après celle-ci afin de s'assurer qu'elles n'aient pas été perturbées par l'entrevue. Aucun parent ou enfant n'ont rapporté avoir été secoués par l'entrevue davantage qu'ils ne le sont lorsqu'ils parlent de cette perte dans d'autres contextes. Par ailleurs, quelques enfants ont rapporté se sentir « plus léger » après l'entrevue et certains parents ont mentionné avoir apprécié cette occasion de s'exprimer à propos de cette expérience de perte. Ces commentaires sont congruents avec les études qui révèlent que la plupart des personnes endeuillées considèrent qu'il leur a été bénéfique de participer à des recherches sur le deuil et d'avoir pu ainsi exprimer ce qu'ils vivent autour de la perte de leur proche (Asgard & Carlsson-Bergström, 1991; Cook & Bosley, 1995; Romanoff, 2001; Rosenblatt, 1995; Runeson & Beskow, 1991). Puisque dans aucun cas la chercheuse n'a soupçonné que la sécurité d'enfants ou d'adultes était menacée, aucune démarche cliniques ou légale relative à la protection des individus n'a été entreprise. Les familles qui souhaitaient obtenir davantage de soutien dans leur processus de deuil, soit six sur dix, ont été orientées vers des ressources d'aide psychologique de leur région. Dans un cas, la chercheuse a estimé nécessaire de relancer par téléphone une famille quelques mois après l'entrevue afin de s'assurer que l'enfant avait été pris en charge par une ressource spécialisée vers laquelle il avait été référé.

Enfin, diverses mesures ont été prises pour assurer l'anonymat des participants et la confidentialité des informations recueillies. Les enregistrements audio, les transcriptions des entrevues, les dessins des enfants ainsi que les notes de la chercheuse sont conservés sous clé dans une filière du Groupe McGill d'études sur le suicide. Les fichiers informatisés contenant le verbatim des entrevues et les dessins scannés ne sont accessibles qu'avec un mot de passe dont la chercheuse et son

assistante de recherche sont les seules détentrices. Les cassettes audio seront détruites suite à l'évaluation de la présente thèse. En outre, les données et documents de l'étude ne contiennent aucune information nominative, ils sont plutôt identifiés à l'aide d'un code numérique qui a été attribué à chaque participant. Seule la chercheuse a accès à la liste permettant d'établir la correspondance entre l'identité des participants et le code qui leur a été assigné. Dans les rapports de recherche, aucun nom n'est mentionné et aucun des extraits de verbatim présentés ne contient d'information pouvant permettre d'identifier un participant.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse qualitative du discours des enfants ayant participé à l'étude. Il constitue une synthèse de leur expérience subjective entourant le suicide d'un de leurs parents. Il est divisé en sept sections qui se rapportent aux thèmes majeurs ayant émergé des narratifs des enfants, à savoir : le contexte antérieur au suicide, l'acte suicidaire du parent, les réactions affectives et comportementales des enfants suite au suicide, l'impact du suicide sur le mode de vie familiale des enfants, l'impact du suicide sur la représentation parentale, les regards des enfants sur le suicide et enfin la résilience des enfants. Chacune de ces sections est subdivisée à son tour en sous-sections de manière à permettre un examen détaillé des différents pans de l'expérience subjective de ces enfants. Des paroles d'enfants sont citées dans chacune des sous-sections pour illustrer les différents thèmes. Les extraits rapportés traduisent parfois plus d'une idée. Pour cette raison, certains verbatims sont repris dans plus d'une section pour illustrer des dimensions différentes de l'expérience des enfants. Enfin, des dessins réalisés par les enfants sont également présentés pour appuyer leurs dires.

Aucune information relative à la fréquence à laquelle un élément de discours a été rapporté par les enfants n'a été compilée. Pour qu'un tel exercice quantitatif soit pertinent, il aurait été nécessaire d'utiliser une grille de codification préétablie, ce qui était contraire à la logique exploratoire et inductive de l'étude. En outre, il aurait fallu adresser exactement les mêmes questions à tous les enfants. Or, de par sa perspective exploratoire, la contribution même de cette étude réside dans le fait d'inviter les enfants à s'exprimer de façon non dirigée à propos de leur expérience de deuil. Dans le cadre d'une étude comme celle-ci, la fréquence à laquelle un aspect de l'expérience est relevé ne permet pas de traduire la représentativité de cette dimension. Par exemple, il est possible qu'un seul enfant ait abordé un aspect de vécu pourtant partagé par tous. En somme, à l'exception des informations factuelles aucune donnée quantitative n'est présentée.

3.1 Contexte antérieur au suicide

En adoptant le point de vue des enfants, cette section permet de situer le contexte dans lequel est survenu le suicide du parent. Il est question de la situation familiale antérieure au suicide, de la perception que les enfants entretenaient de leur parent avant le suicide, de même que des connaissances qu'avaient les enfants à propos du phénomène du suicide avant le décès et de l'anticipation de la perte.

3.1.1 Situation familiale antérieure au suicide

Avant que ne survienne le suicide de leur parent, plusieurs des enfants ont été confrontés à des expériences majeures d'adversité au sein de leur famille. La perte par suicide s'inscrit dans une série d'événements fragilisants pour les enfants. En effet, dans neuf des dix familles participantes (90 %), les parents étaient séparés ou en instance de séparation et dans six d'entre elles (60 %), la séparation avait eu lieu au cours des cinq derniers mois avant le décès. La plupart des enfants ont donc été exposés, peu de temps avant le suicide, aux divers stress inhérents à une séparation parentale : tensions conjugales, rupture de la cellule familiale, déménagement, diminution des contacts avec chacun des parents, etc. En outre, la séparation parentale a été associée dans plusieurs cas à la présence d'un trouble psychiatrique chez l'un des parents. Plusieurs enfants ont donc été soumis aux conséquences d'un tel trouble chez l'un de leurs parents. En effet, 80 % des parents qui se sont suicidés souffraient de troubles mentaux (i.e. trouble délirant, trouble bipolaire, trouble dépressif, abus ou dépendance de substances). Bien qu'avant le décès, la plupart des enfants ignoraient que leur parent présentait un trouble psychiatrique, plusieurs ont été confrontés aux comportements atypiques et/ou aux hospitalisations de leur parent.

Quand qu'y'étaient séparés, c'tait vraiment plate là... T'sais, on était toute la semaine chez ma mère, pis la fin de semaine chez mon père. Pis on était pas bien dans un appartement quand t'es habitué de vivre dans une grande maison pis que t'as deux parents ensemble... T'sais, avant on était les deux t'sais ici là, mon père, ma mère, mais là il y a eu la séparation. (9 ans)

Les malheurs ont commencé là : chicanes de parents... (...) La dernière fois je l'ai vu, ça avait pas été fameux. C'était pas génial, génial mettons... Mes parents étaient séparés. (13 ans)

Des fois je la trouvais bizarre ! (...) des fois je l'entendais pleurer la nuit. Je me réveillais des fois quand elle pleurait. (...) Une fois qu'on était dans une voiture, elle pensait que la voiture qui était en arrière de nous, c'est une police. Elle pensait ça, mais c'était pas vrai là, c'était juste une voiture normale ! (...) Elle est allée à l'hôpital, je m'en rappelle plus combien de jours, à peu près un mois là (...) Des fois, elle est revenue, on était très content, mais elle est retournée à l'hôpital. (9 ans)

Il est revenu et il s'en allait presque tout le temps à l'hôpital. Il couchait quand même une nuit avec maman et après il s'en allait. (6 ans)

Une fois là, j pense qu'elle s'est sauvée, on l'avait croisée sur le chemin du, de l'école... Elle a dit qu'elle allait nous acheter une surprise. Pis là, on est allé à la maison, on a fait nos devoirs. Là c'était long, elle revenait pas. Fait qu'à, on l'a dit à mon père. Pis on savait pas, y'a appelé la police. Pis là le lendemain, à l'école, y'a une de mes filles dans ma classe qui a dit qu'elle a trouvé ma mère, qui l'a amenée dans son appartement, pis y'ont appelé l'ambulance. Elle était toute gelée, elle sentait l'alcool, mais elle était pas saoule j pense là. (12 ans)

3.1.2 Perception que les enfants entretenaient de leur parent avant le suicide

Par ailleurs, même si plusieurs enfants dépeignent une situation familiale antérieure au suicide marquée par des événements négatifs, presque tous rapportent des souvenirs positifs de la relation qu'ils entretenaient avec leur parent. Le parent est décrit comme un partenaire de jeu, un mentor ou une figure réconfortante.

Ben des fois, on faisait du bricolage, on allait jouer dehors. Ben, quand je jouais dehors là, il me faisait une grosse maison dans la neige. (11 ans)

On jouait ensemble, des fois on faisait des petites batailles. On faisait de la bicyclette ensemble, on allait au parc là. (9 ans)

On se promenait dans les parcs; des fois, on jouait au base-ball... (8 ans)

On allait à plein d'places : chasser, ça, c'est une chose, pis des affaires normales comme on allait voir des films. (12 ans)

Parce que nous, on faisait juste des sports. On faisait du go-karting, on faisait du ski, on faisait du snowboard. (...) Je chatais avec lui parce que y'avait ça au travail. (10 ans)

Je jouais au soccer, je jouais au hockey. Euh, je jouais aux échecs, parce que ma mère elle sait pas jouer. (...) J'aimais ça travailler avec lui. Ben, je clouais souvent, des, des clous. On clouait n'importe où là, mais je m'amusais. (...) Des fois, ma mère voulait que j'me couche pendant une game de hockey, elle, elle allait dans le bain ou dans la douche, mon père il venait me chercher pis on allait écouter le hockey. (8 ans)

Il me faisait marcher au plafond. Il, il me prenait, ben t'sais il me prenait, t'sais, comme par ici là, pis là après, après il me prenait comme vers ici, pis il me tournait de bord pis il me faisait marcher au plafond. Après il, il me tient là, ben, t'sais, il me lâche comme, mais il me tient encore, pis là il se promène avec moi au plafond là... J'adorais ça. (9 ans)

Il faisait du karaté avec moi. Le dernier test qu'il a passé c'était ceinture verte j'pense. (...) Quand il écoutait la musique que j'écoutais pis qu'il disait: « Ah c'est bon ça! », qu'on louait des films pis qu'on riait, quand on commençait à parler de filles là, parce que moi je rentrais dans... : « Elle est belle elle ». (13 ans)

Ce que j'aimais beaucoup c'est quand j'avais une discussion avec lui. J'aimais ça! Quand, quand il m'expliquait des choses, toutes sortes de choses, j'aimais ça. J'sais pas trop comment dire ça, mais j'aimais ça quand il m'expliquait des choses. Il, il m'apprenait, il m'apprenait des choses comment faire, comment réparer les choses. (...) Il y a deux ans, j'avais pris un cours de plongée. J'aimais ça, j'avais été faire de la plongée avec mon père. (12 ans)

J'y flattais les cheveux parce que j'aimais, j'aimais ça lui flatter les cheveux, parce que ils sont comme rasés pis je trouve ça doux. (...) Pis il me berçait souvent dans le La-Z-Boy en bas. (9 ans)

Elle avait des trucs pour me réconcilier (12 ans).

En outre, aucun enfant ne rapporte avoir capté la portée de la détresse de leur parent, même si 80 % des parents qui se sont suicidés présentaient un trouble ou des symptômes psychiatriques. La souffrance psychique du parent n'avait pas été perçue.

T'sais sur le coup j'avais pas l'impression qu'il était déprimé (...) Parce quand qu'y'était avec moi, il paraissait très heureux. Je trouve qu'il cachait... (12 ans)

J'savais pas qu'elle avait cette maladie là (trouble psychiatrique). On savait rien, elle voulait pas nous inquiéter avec ça. (12 ans)

Elle nous l'avait jamais dit, parce que euh... elle voulait pas nous faire de peine, pis elle voulait pas qu'on s'inquiète à cause de ça là. Fait qu'elle nous l'avait jamais dit. (...) Je l'avais jamais su. Parce que je l'avais jamais vu chercher des micros, là. Ben j'l'avais jamais vu faire ça, fait que je pouvais pas le savoir. J'avais vu aucun signe. (9 ans)

Il avait une maladie, d'abord il se sentait mal dans son coeur un peu, sauf que ça lui dérangeait pas beaucoup, y s'amusait quand même avec nous. Y souffrait pas beaucoup. (6 ans)

J'pensais pas à ça, j'étais aveugle, j'étais trop innocent ! Je pouvais pas imaginer juste que ça m'arrive à moi. Je pensais que j'étais intouchable moi là. (13 ans)

3.1.3 Connaissances qu'avaient les enfants à propos du phénomène du suicide avant le décès et anticipation de la perte

Plusieurs enfants affirment qu'avant le décès de leur parent, ils ignoraient l'existence du phénomène du suicide.

Je savais pas qu'il y avait des personnes qui se tuaient eux-mêmes! (9 ans)

Ben je connaissais ce mot-là [suicide], mais je savais pas qu'est-ce que ça voulait dire (...) Ben je savais avant, qu'un moment donné on allait mourir, mais je savais pas que, que de cette manière là.... (8 ans)

D'autres enfants disent qu'ils connaissaient l'existence du fait suicidaire avant d'être confrontés au décès de leur parent, mais qu'ils ne concevaient pas qu'un tel type de décès puisse survenir dans leur entourage.

Ben je savais que ça existait là, mais je savais pas que mon père allait faire ça. (8 ans)

J'avais déjà entendu parler des choses de même. J'avais vu des films aussi que, que ça arrivait. J'avais jamais pensé que ça pouvait arriver à quelqu'un dans mon entourage. (12 ans)

Aucun enfant n'avait anticipé le geste suicidaire de leur parent. Dans les heures précédant leur passage à l'acte, des pères ont adressé à leur enfant un message implicite d'adieu qu'aucun n'a pu décoder.

[Une mère relate ce que son fils de 12 ans lui a raconté] *Mon père, quand il m'a mis dans l'autobus là, il a débarqué. Pis là, après ça, le chauffeur se préparait à embarquer pour partir, pis il a dit au chauffeur: « Attend un peu je vais aller voir mon gars! ». Pis là, il est venu me voir pis il m'a dit: « Oublie pas que je t'aime », pis y'avait les yeux plein d'eau, pis y'est reparti. J'y ai pensé dans ma tête qu'il allait mourir, pis là après ça, j'me suis dit: « Voyons ça se peut pas, c'est impossible! ». J'me suis ôté ça de ma tête, pis j'me suis en venu.*

[Une mère rapporte les propos de sa fille de 10 ans] *Sais-tu maman, quand papa nous a débarqués, y nous a dit dans son auto que, si jamais y'allait se passer quelque chose pendant la semaine de se rappeler qu'il nous aimait beaucoup.*

[Une mère raconte les dires de sa fille de 12 ans qui a eu une conversation téléphonique avec son père le soir de son suicide] *Quand elle a raccroché elle a dit: « Maman, papa, on dirait qu'il pleurait ». Ben j'ai dit: « Y'est avec X là », j'ai dit: « Y'est correct, y'est bien papa ». (...) « Y m'a dit qu'y m'aimait, pis qu'y'aimerait, que j'serais toujours sa petite princesse ».*

Non seulement les enfants n'avaient pas anticipé le suicide de leur parent, mais ils n'avaient pas envisagé non plus que leur père ou leur mère puisse décéder à ce moment-ci de sa vie.

Ah oui, je pensais, je pensais que ça allait arriver dans, dans longtemps.(...) Pas bientôt, mais je, je, j'y avais déjà pensé que... ça allait sûrement arriver un jour, comme ça arrive à tout le monde! J'essayais de ne pas trop penser à ça. (12 ans)

Ben oui, ça se peut qu'on meurt quand on est vieux. (8 ans)

Je m'imaginai pas ça. (8 ans)

3.2 Acte suicidaire du parent

Cette section aborde les réactions des enfants à l'annonce du suicide de leur parent, leur compréhension du concept de suicide ainsi que leur connaissance des circonstances du suicide de leur parent.

3.2.1 Réactions à l'annonce du suicide du parent

Les enfants ayant participé à l'étude ont tous été informés, dans les plus brefs délais, du décès de leur parent. Ils ont été avisés par leur parent survivant, dès lors ou dans les jours ou semaines suivantes, qu'il s'agissait d'un suicide. Des réactions de déni, d'engourdissement émotif, de confusion, de tristesse et de colère sont rapportées à l'annonce du décès. Pour certains enfants, non seulement ils apprenaient le suicide de leur parent, mais aussi l'existence même du phénomène du suicide.

Ça se peut pas là, c't'un rêve, c't'un rêve, c't'un rêve ! T'essayes de te convaincre! Hein, ça se peut pas là ! Ben ça a comme fait: « C't'une joke, là! ». Je l'ai dit: « C't'une blague ! ». (9 ans)

Là papa quand il l'a annoncé, il a dit que maman était décédée. Là j'ai dit: « Ah, c'est une farce là ! Dis la vérité papa. » Là, il dit une deuxième fois, ben là j'l'ai dit dans ma tête, t'sais là: « Dis-le c'est pas vrai là, dis la vérité ». Pis là, il l'a redit encore, pis là j'ai vraiment su que c'était vrai. (9 ans)

Je croyais pas que c'était vrai. (12 ans)

[L'enfant découvre elle-même le corps de son père pendu] Maman, je sais pas si c'est une joke que papa fait, si c'est un tour qui nous joue? Peux-tu me l'dire? (10 ans)

T'sais au début quand papa me l'avait annoncé, j'pensais c'était une blague t'sais... Mais pourquoi y ferait une blague avec ça ? (...)Euh, dès que j'ai appris la nouvelle, ben j'ai pleuré, pis le lendemain c'était ben correct, j'ai pas pleuré une autre fois.(...) J'sais pas, on dirait qu'j'hésitais d'pleurer. J'pleurais moins qu'les autres j'pense. Pis là après 10 minutes de pleurage à peu près, ben moi j'étais ben correct là. (12 ans)

Ben au départ, je savais, je croyais que un suicide c'était la mort, ben pour de vrai, ben que quelqu'un l'avait tué là. Mais là, j'ai appris que c'est lui qui s'est tué. (8 ans)

Moi j'me demandais qu'est-ce qui se passait. Ben parce que j'avais sept ans, six ans, fait que t'sais c'tait dur à comprendre. Comme O.K. là, qu'est-ce qui se passe là, là? Pourquoi tout le monde pleure ? Ben, comme je me demandais qu'est-ce qui se passait, pourquoi tout le monde pleure? Ben là, je le disais pas là mais, ben dans ma tête : « Pourquoi tout le monde pleure là, tout à coup ? ». Parce que là, j'étais plus jeune. Fait que moi je savais plus trop qu'est-ce qui se passait, c'était pas mal mélangé. (...) Ben moi je m'amusais avec mes cousins, surtout avec mes cousins. Ben je m'amusais plus que, que je pleurais.

Ben tout le monde pleurait comme à l'hôpital, pis là ben moi je m'amusais là. (8 ans)

Je suis montée dans ma chambre là, pis j'avais un petit cahier de souvenirs. Pis j'ai écrit, pis j'ai pleuré. Après, j'ai écrit: « Maintenant que mon père est mort je suis triste ». (9 ans)

J'ai pleuré longtemps surtout le soir pis la nuit que, que j'l'ai appris. J'ai pas réussi à dormir beaucoup! (12 ans)

Au début, j'me dis: « Tu pleuras pas, tu pleuras pas », pis je suis parti à brailler. (13 ans)

Je me sentais fâché, mais en même temps triste. J'étais fâché parce que c'est lui qui se l'est fait. (8 ans)

Ceux qui, au moment de l'annonce du décès, n'avaient pas été informés qu'il s'agissait d'un suicide recherchaient activement des explications pour comprendre la mort soudaine et d'apparence insensée de leur parent. Comme en témoignent les extraits suivants, pour ces enfants laissés à leurs fantaisies, plusieurs hypothèses ont été envisagées. Avec l'annonce de la mort de leur parent, les limites du possible venaient d'être repoussées, toutes les explications devenaient donc plausibles.

Comment ça? Qu'est-ce qu'elle a eu? Elle s'est faite tuer? Je me demandais vraiment pourquoi? Y'avait ma matante dans maison, y'avait mon oncle. Ça se peut pas que ça soit eux parce que t'sais ils sont full gentils, ça peut pas être vraiment eux. Pis ça pouvait pas être nous parce que la ville où elle était, c'est loin. Ça peut pas aussi être ma grand-mère parce qu'elle aussi elle est gentille, elle tuerait jamais personne. Elle ferait jamais ça à sa fille. J'pensais que des voleurs l'ont tuée. Mais je me demandais : « Pourquoi ils ont tué elle pis pas les autres? C'est bizarre! ». (9 ans)

Elle, elle avait commencé à fumer y'a pas si longtemps que ça, j'me demandais pourquoi. Ça a commencé par une, pis là, elle a commencé avec plusieurs. Pis là, j'pensais que c'était à cause de ça, mais ça se pouvait pas attraper l'cancer aussi vite. (12 ans)

3.2.2 Compréhension du concept de suicide

Bien que plusieurs enfants affirment qu'ils étaient non familiers avec le concept de suicide avant le décès de leur parent, tous reconnaissent maintenant le suicide comme le fait d'initier sa propre mort. Le caractère intentionnel du décès dans les cas de

suicide est également souligné par plusieurs. Enfin, de nombreux enfants associent le suicide à un sentiment de détresse. L'acte suicidaire est donc compris dans l'ensemble comme un geste intentionnel d'autodestruction à portée mortelle en réponse à une souffrance.

Ça veut dire qu'elle se tue elle-même (12 ans)

Ça veut dire que quelqu'un s'est tué lui-même. (8 ans)

Ben c'est quelqu'un qui se tue elle-même, qui prend quelque chose ou qui a fait quelque chose qui elle se tue elle-même. (9 ans)

C'est quand que la personne s'est elle-même comme tuée. (...) Comme parce qu'y'ont de la peine ou des affaires comme ça. Comme quand il y a quelque chose dans leur vie, là. (11 ans)

C'est, c'est la même chose que la mort, sauf que c'est toi qui décides de... de faire la mort. C'est toi qui décides de, de, c'est toi qui décides d'aller au ciel (9 ans).

Quand les tours jumelles sont tombées, y'en a sûrement qui ont sauté en bas là. Mais ça, c'était pas vraiment un suicide, c'était rien que là pour se sauver la vie. Un suicide, c'est comme la personne qui veut vraiment se tuer. (...) C'est comme admettons, ça c'est une personne, là y'a un couteau, là il fait « pou » (mimant un suicide). C'est ça un suicide (...) C'est ça, parce qu'elle, elle se tue elle-même. (8 ans)

Il est pas mort comme ça, c'est lui qui s'est tué là ! (8 ans)

Ben, quelqu'un qui s'enlève la vie, c'est quelqu'un qui a beaucoup de peine, pis qui a plus le goût de vivre. Pis, c'est quelqu'un que, qui... C'est un appel à l'aide dans le fond. Des fois, les personnes veulent peut-être pas... Des fois, c'est un appel que les personnes veulent dire. Dans le fond, elles veulent pas vraiment mourir, elles veulent plutôt qu'on les aide, pis c'est le seul moyen qu'ils trouvent pour euh... (...) Les personnes vont pas se suicider quand ils sont heureux. J'sais, j'sais pas vraiment comment comprendre ça parce que j'ai jamais été aussi malheureux que ça ! (12 ans)

C'est quand quelqu'un a beaucoup, beaucoup de misère, qui décide de, de, de partir vers un monde meilleur (12 ans)

Peut-être qu'il souffrait beaucoup en dedans de son cœur pis que y'a décidé de, je sais pas... ben, il peut faire n'importe quoi, il peut se pendre, il peut... (9 ans)

3.2.3 Connaissance des circonstances du suicide du parent

En relatant et/ou en dessinant les circonstances entourant le suicide de leur parent, les enfants témoignent qu'ils saisissent que leur parent a effectivement provoqué lui-même sa mort. La plupart des enfants décrivent de façon relativement juste les circonstances du décès.

Ben, y'était dans son auto pis euh, y'a ouvert une case, une... canne de gaz. Pis là, comme ça l'a endormi. (11 ans)

Mon père y s'est suicidé dans son auto avec le, le gaz toxique là, je sais même plus comment ça s'appelle, pis une rallonge de tuyau, pis ben, c'est ça là. Pis là, c'est comme si y s'endort pis y se réveille plus jamais. T'as la Mazda là, pis là y'a la rallonge de tuyau. Pis là y'a la fumée du tuyau. Pis là, ben mon père est à l'intérieur. (9 ans) (Figure 1)

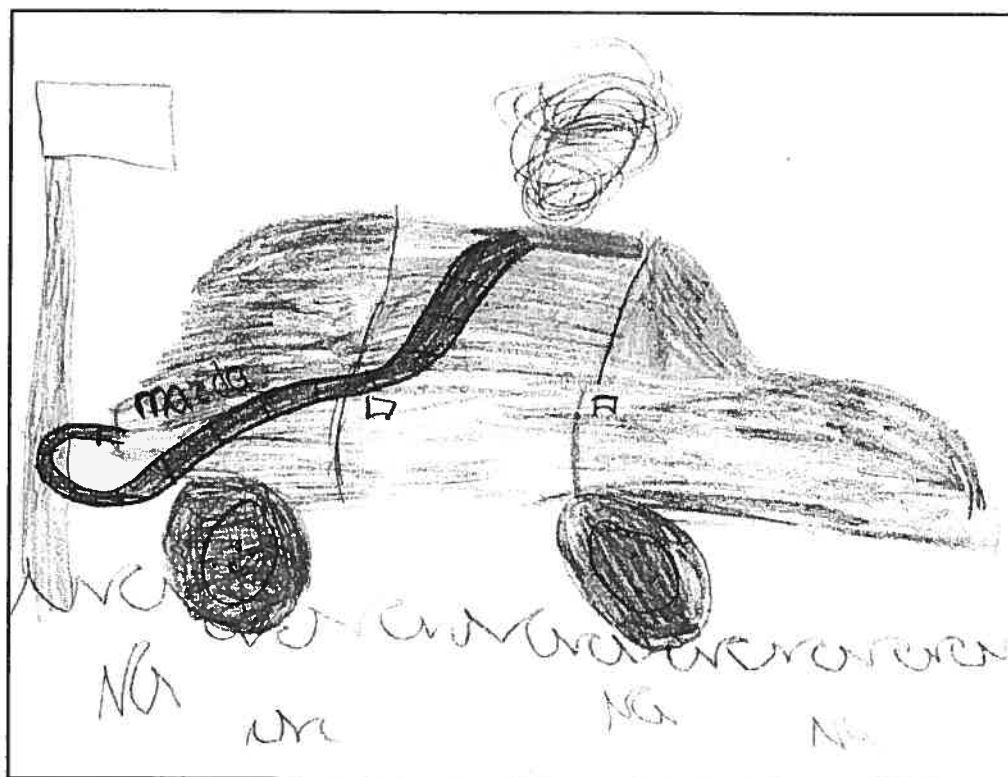


Figure 1. Représentation que l'enfant a de la scène du suicide (9 ans)

Ça été avec le gaz dans l'auto là. (...) C'est parfait là, t'sais, tu t'endors, tu te réveilles plus vivant. (13 ans)

Ben, ça c'est la maison là. Il a mis de l'huile, il a mis de l'huile là, là. Ça c'est lui là qui a fait tout ça. Là, là, je sais pas qu'est-ce qu'il lui a pris là, mais en tout cas... Là, il a tout fait brûler la maison là, mais lui y'est brûlé. (8 ans)
(Figure 2)

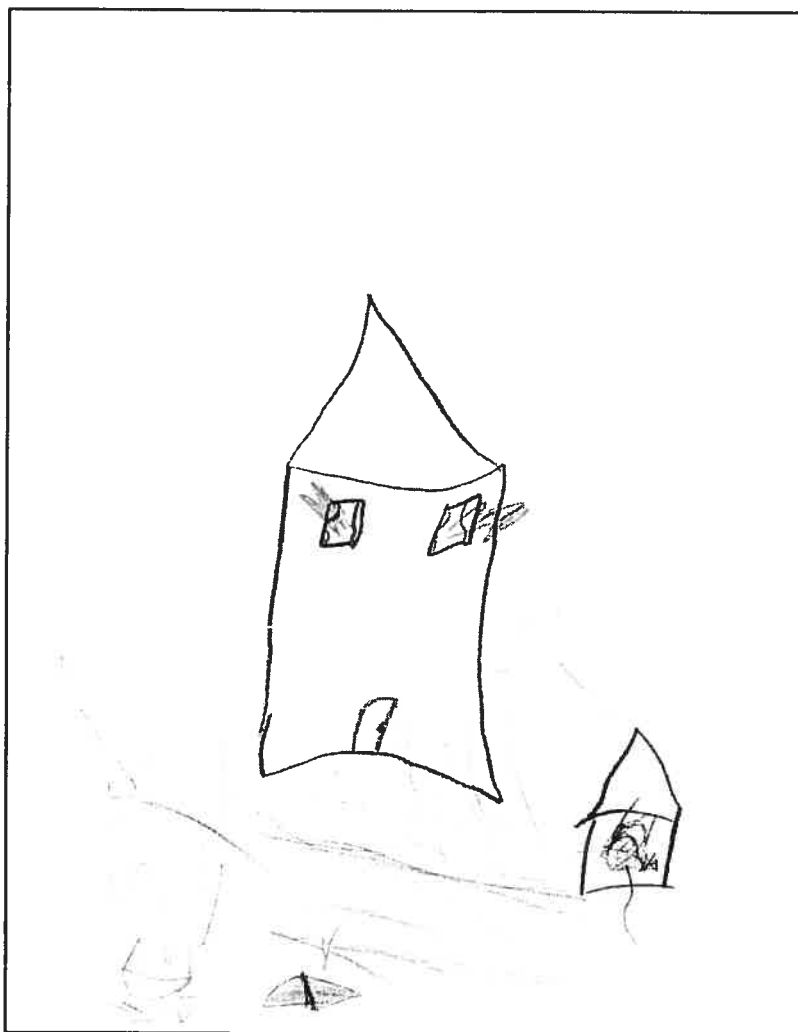


Figure 2. Représentation que l'enfant a de la scène du suicide (8 ans)

C'est que il s'est mis une corde autour du cou, pis là, il, il l'a attachée après un... quelque chose là, je sais pas quoi. Là, il a avancé pis il a attendu qu'il euh, euh... (8 ans) (Figure 3)

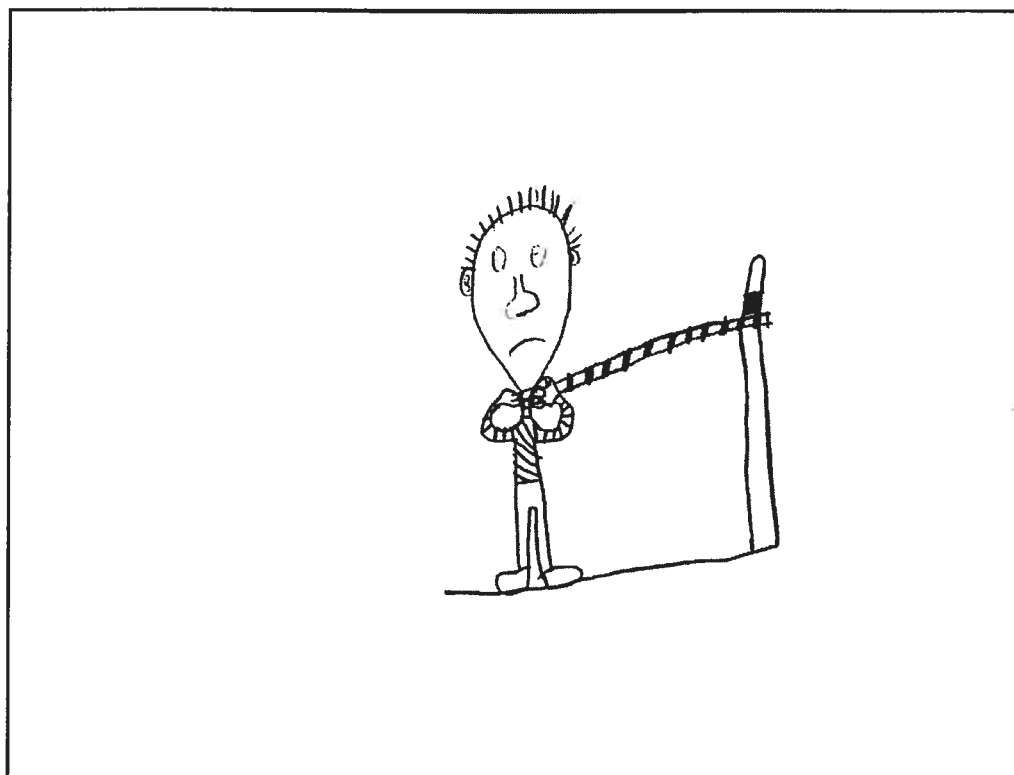


Figure 3. Représentation que l'enfant a de la scène du suicide (8 ans)

C't'à cause y se sentait un petit peu, euh, en train, y voulait mourir un peu. Alors, y'a pris une corde.(...) Il s'est installé en quelque part loin, un petit peu loin de la maison. Y'a pris une corde. Pis il l'a attachée après son cou. Mais après, ça a serré sa gorge, d'abord il pouvait plus respirer, d'abord y'a tombé. (6 ans) (Figure 4)

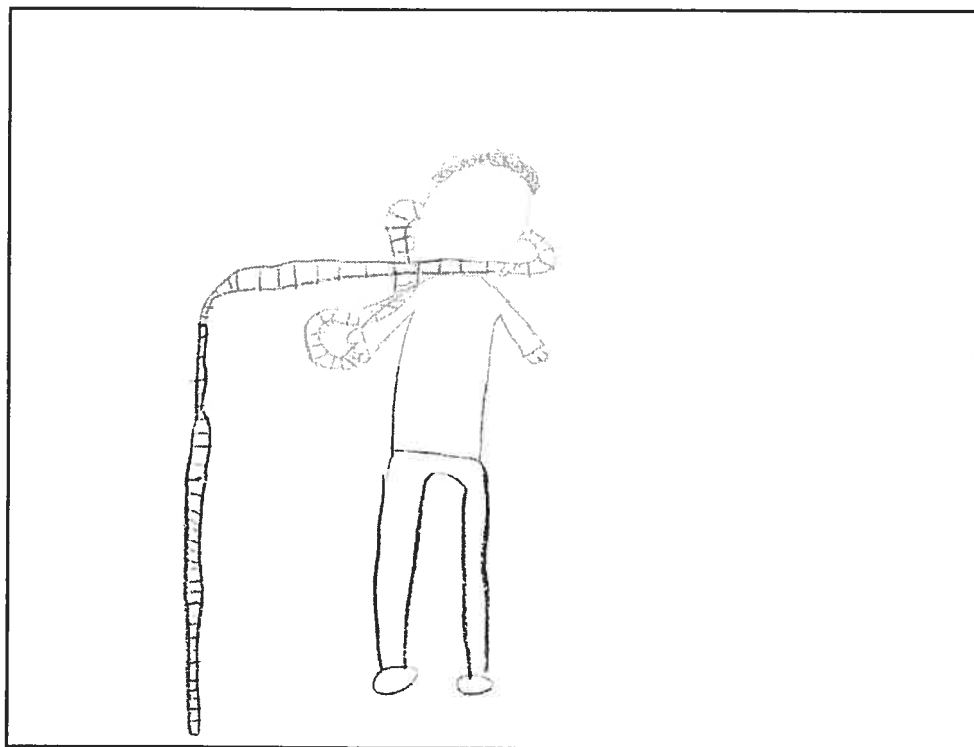


Figure 4. Représentation que l'enfant a de la scène du suicide (6 ans)

Le coroner y pensait qu'elle s'avait étranglée, mais j'sais pas avec quoi parce qu'ils ont pas trouvé de marque. Ben c'est c'que j'ai entendu dire. (...) Parce que sinon elle aurait des traces si elle aurait fait d'autres choses. (12 ans)

Elle voulait mourir là-bas, elle voulait pas mourir chez nous parce que elle voulait pas, t'sais, qu'on voit pis tout ça. Vu qu'on était en hiver, elle s'est étranglée elle-même, fait que vu qu'on était en hiver, elle a pris son foulard pour faire ça. (9 ans)

Ben, ma mère elle m'a raconté ben qu'il s'avait pendu. (12 ans)

Y s'est pendu. (12 ans)

C'est son frère qui est venu ici pour le voir, pis il l'a trouvé dans la salle de bain. (...) Je sais pas d'autres choses là. (12 ans)

D'autres enfants décrivent la nature ou les circonstances du décès de leur parent avec confusion ou de façon évasive. Par ailleurs, le reste de leurs propos révèle clairement qu'ils savent que leur parent s'est suicidé.

Au début, ils disaient que y'était mort dans son sommeil, pis après y'ont dit qu'il s'est pendu après un arbre pis là je sais pas. Mais je pense pas qu'il s'est pendu à un arbre à cause l'ambulance est arrivée trop tard. C'était ça, mais l'ambulance est arrivée trop tard à cause qu'il s'avait pendu... (...) Fait que c'est ça, pis là sa blonde est rentrée chez lui à cause qu'elle avait la clé. Pis là euh, là je sais pas, elle... mais il était endormi là, je sais pas s'il était mort. Il était endormi pis là elle a dit : « Ah y'est mort, y'est mort, y'est mort ». Pis elle osait même pas y toucher. Elle a appelé l'ambulance. Pis là l'ambulance sont, sont arrivés trop tard pis là elle pensait qu'il était vraiment mort là. Mais là après, elle est allée dans son appartement, elle l'a laissé là, pis après il s'est réveillé le matin, deux jours après, il s'est pendu. Ben des fois je me demande, est-ce qu'il est mort dans son sommeil ou il s'est pendu ? (9 ans)

Ben, j'sais pas comment qu'il avait fait ça ! Est-ce que tu sais comment qu'il est mort ? Ma mère, elle te l'avais-tu dit? Ah, c'est pas de mes oignons! Ça me tente pas de le savoir! (8 ans)

[Enfant ayant découvert le corps de son père pendu] *Ben, tout c'que j'sais, c'est y'était mort. (10 ans)*

3.3 Réactions affectives et comportementales des enfants suite au suicide

Le suicide du parent suscite chez les enfants différentes réactions affectives et comportementales au cours des deux premières années suivant la perte. Plusieurs enfants se perçoivent différemment depuis le décès de leur parent. Ils rapportent : un sentiment de manque; une profonde tristesse; une humeur dépressive et des idéations suicidaires; un sentiment de culpabilité; de la colère; un sentiment d'abandon; un sentiment de trahison et une désillusion face à la vie; un sentiment de stigmatisation et d'isolement; de l'anxiété et la reconnaissance d'un affaiblissement des capacités cognitives. Ces différents changements sont abordés plus en détails dans la présente section.

3.3.1 Sentiment de manque

Le sentiment de manque associé à l'absence du parent est couramment évoqué par les enfants. Ils s'ennuient de la personne physique de leur parent, mais aussi de ce que celui-ci leur apportait, entre autres : une écoute, de l'affection, un modèle masculin/féminin. L'absence du parent est également ressentie à travers des changements concrets dans le quotidien des enfants (i.e. le contenu des repas, les bruits ambiants dans la maison).

Je m'ennuie de papa. (8 ans)

[Ce que l'enfant trouve le plus dur] *Je le vois plus. (8 ans)*

Je le vois juste dans mes rêves. (11 ans)

Je m'ennuyais d'elle là (...) T'sais y'en a une de mes amies qui disait qu'elle s'ennuyait de sa marraine. Elle est pas morte, pis elle la voit pas à tous, tous, tous les jours, elle la voit à peu près j'pense c'est une fois par année. C'est ça elle disait: « J'peux pas la voir ». Fait que là moi j'ai dit: « C'est la même chose pour moi, ma mère, sauf j'peux plus vraiment. J'peux plus la voir, à part quand j'vas être en, avec elle en haut. » (9 ans)

C'est plus de savoir qu'y'est plus là qui me fait pleurer. (12 ans)

Pis là, j'peux plus y aller le voir là, fait que là je m'ennuie.(...) T'sais, lui au moins, il voit son père dans le paradis, pis moi je peux pas le voir. (9 ans)

Des fois, elle me manque là. Les seuls moments où c'qu'elle me manque là, c'est quand j'ai besoin d'elle, quand j'ai des problèmes j'aimerais ça y parler. (...) J'y pense pas souvent, mais, mais des fois elle me manque quand j'ai des problèmes. (...) J'aimerais ça plus la voir physiquement. T'sais mon père arrête pas de dire que: « Ah! Elle est toujours là, mais tu peux lui parler au cimetière ». Mais moi, j'veux la voir en personne t'sais. J'veux lui parler en personne. J'aimerais mieux qu'elle soit avec moi. J'aimerais mieux y parler physiquement. (12 ans)

Ça m'arrive de penser au manque que ça, que ça représente là. (...) T'sais, mon père me manque, mais une présence masculine qui me manque là. Parce que moi je suis tout seul de gars là. T'sais, ça c'est pas mal le plus gros vide là. (13 ans)

Pis là de plus voir mon père. Oui, ça c'est grand là. De plus pouvoir le voir pis y toucher. T'sais, ils disent euh... y'est dans ton coeur, y'est dans ton cœur...

Mais t'sais, eux autres ils le voient leur papa, ils leur touchent là. Mais t'sais moi là, t'sais je peux pas faire ça pis y toucher. Pis il me berçait souvent dans le La-Z-Boy en bas. Pis là ben, moi, ma mère, des fois, elle me le fait, mais c'est pas la même chose... (...) C'tait toujours mon père qui faisait du couscous là à Noël. Il faisait du couscous, de la dinde. Ma mère elle en fait, mais, t'sais, c'est pas la même chose. Pis il faisait des bons carrés aux dattes! Ça j'ai trouvé ça plate, parce que t'sais, j'sais pas, mais y'étaient vraiment bons là. (...) Lui y nous faisait des collations quand qu'on arrivait de l'école. (...) Mon père là, il écoutait toujours la télé, il laissait la télé ouverte. Pas 24 heures sur 24, mais quand je dormais, ça m'aidait à m'endormir. Là je demande à ma mère: « Maman, met la télé forte pour que je m'endorme ». (9 ans)

[L'enfant élabore sur les changements découlant du suicide] *Les fruits, les légumes sont moins bons. Ben, parce que mon père, il les faisait souvent sauter, pis c'était bon. (8 ans)*

3.3.2 Sentiment de profonde tristesse

Plusieurs enfants mentionnent avoir connu, depuis la perte de leur parent, un sentiment de profonde tristesse. Chez certains, cette tristesse a été circonscrite aux premiers temps du deuil (i.e. annonce du décès; rites funéraires), chez d'autres elle persiste ou est ravivée de façon intermittente par différents déclencheurs (i.e. pensées; lieux évoquant le défunt).

J'ai un petit plus de tristesse, j'ai plus de tristesse en dedans. Mais, je pense que c'est tout le monde y'ont eu ça là. C'est de la tristesse, comme mettons avant c'était de là à là, là, c'est peut-être rendu de là à là. La peine est plus grosse, non elle est égale, mais en tout cas, je sais pas. Ça, dépend des jours. (8 ans)

Je me suis toujours demandée pourquoi je pleurais quand je parlais de papa (pleurs.) Des fois j'me demande c'est peut-être à cause que je m'ennuie trop de lui (pleurs)(...) [Elle relate le moment de l'annonce du décès] Je suis montée dans ma chambre là, pis j'avais un petit cahier de souvenirs, pis j'ai écrit, pis j'ai pleuré. Pis c'est ça, après j'ai écrit : « Maintenant que mon père est mort je suis triste ». (...) [Elle parle maintenant de son vécu lors des rituels funéraires] Tout le monde pleurait, moi j'essayais de me retenir, mais ça a sorti. (9 ans)

[Elle parle de ce qui a changé en elle depuis le suicide] *Je suis malheureuse. (6 ans)*

[Elle relate les moments où elle se sent triste] *Des fois, t'sais, quand je vois des choses, comme qui me font penser à, euh, à, à mon père là, comme des fois quand je vais dans des piscines, j'sais pas, j'y pense parce qu'il faisait*

beaucoup de natation. Des fois, euh, quand je vois des photos de lui... Mais t'sais c'est moins pire là... T'sais, au début j'avais de la misère à dire son nom. (...) T'sais des fois c'est le fun là de rêver à lui mais, des fois c'est le fun d'y penser, mais quand tu te réveilles, après, c'est moins le fun. (...) Ben, je dirais que, t'sais c'est normal qu'on aille un p'tit fond plus triste. T'sais des fois, là, j'y repense tout d'un coup là ! (9 ans)

Ben quand je l'ai vu dans sa, dans sa tombe, ben, je me suis senti très, très, très, très triste. (...) Ben à l'école j'ai pleuré parce que j'ai pensé à lui aujourd'hui. C'est que j'ai pensé à lui pis là euh... euh... j'ai pleuré, pis là j't'allé le dire à mon, à mon professeur... J'ai dit: «Je m'ennuie de papa ! » (8 ans)

J'tais triste [Elle parle de son expérience lors des rites funéraires]. Pis t'sais en plus que je voyais toute le monde pleurer là. (11 ans)

[Elle raconte son expérience lors des rites funéraires] Ben à l'intérieur de mon cœur j'tais triste, je pleurais. Ben pas t'sais pleurer avec des larmes, mais t'sais pleurer à l'intérieur de moi là. (9 ans)

Y'a des fois où que j'suis vraiment triste (...). Ben, au début je me sentais mal. J'me sentais mal en moi-même. (...) [Il relate son expérience au salon funéraire] J'ai eu beaucoup de peine quand je l'ai vu. Même si je m'attendais à..., ça m'a fait beaucoup de peine, mais j'étais content au moins de le voir une dernière fois. (12 ans)

Dès que j'ai appris la nouvelle, ben j'ai pleuré, pis le lendemain c'était ben correct, j'ai pas pleuré une autre fois. Pis pendant un an, t'sais, j'étais ben correct, mais là j'pense que j'suis en train de le vivre mon deuil. (12 ans)

Je suis à l'envers depuis un bout... Je suis à l'envers depuis qu'il s'est tué.(...) Y'est mort t'sais, la peine était immense. Y'a un temps où j'aurais pleuré. C'est fini ça le braillage ! (13 ans)

3.3.3 Humeur dépressive et idéations suicidaires

Certains enfants relatent qu'il leur est arrivé, depuis le suicide de leur parent, de perdre intérêt pour ce qui les animait auparavant, de se sentir découragés ou d'avoir des idéations suicidaires passagères. Le suicide a alors été envisagé comme un moyen de mettre fin à ses souffrances ou de retrouver le parent perdu. Par ailleurs, d'autres enfants affirment qu'ils n'ont jamais eu d'idées suicidaires. Certains disent connaître trop bien la souffrance des endeuillés pour considérer le suicide comme une option.

Avant, j'avais un peu plus d'enthousiasme, pis euh, pendant un bout de temps, t'sais, j'étais, j'étais découragé de tout. J'avais pas le goût de faire grand chose. Même des fois, je trouve ça dur, ça me tente pas de faire..., de faire des choses, mais je les fais pareil. Ben je parle pas des devoirs, je parle de faire des activités. (12 ans)

Des fois, tellement que j'étais triste là, j'avais même le goût de mourir pour aller rejoindre ma mère. J voulais vraiment aller là-bas. J'ai dit à mon amie: « J'ai le goût de me tuer ». J'étais à l'école, euh, je parlais à mes amis. Là j'tais vraiment fâchée, fâchée. Pis j'sais pas, je m'en rappelle, j'savais pas pourquoi, j'tais fâchée comme ça. Fait que là j'tais fâchée pis j'ai dit à mon amie: « J'ai le goût de me tuer », pis elle a dit : « Fais pas ça là ! T'sais tu vas perdre tous tes amis. Qui euh, qui euh, peut-être qui va te donner des cadeaux, qui va penser à toi ? Pis qui va donner des becs à mon chien ? ». Pis là, j'ai décidé de plus me tuer là. J'avais vraiment le goût. Mais j'suis sûre dans ma tête là que si j'avais essayé de me tuer avec un couteau, j'serais pas capable de rentrer le couteau dans mon coeur. T'sais, j'ferais comme ça là : « J'pas capable!!! ». C'est ça, pis aussi j'aurais fait comme étrangler, j'srais pas capable. J'srais jamais capable de faire ça. (9 ans)

Quand j'avais des gros, gros problèmes à l'école j'voulais la rejoindre. J'voulais la voir. (...) Là j'ai plus ben, ben d'idées noires, mais au début j'voulais pas mal la rejoindre. J'avais pas d'plan. Tout c'que j'voulais c'est la rejoindre. Ça, ça a inquiété mon médecin de famille aussi qui avait conseillé de m'hospitaliser. (...) J'ai faite genre une dépression (...) Ça m'tente moins d'faire d'activités. (...) J'pense que maman voulait pas que j'aille la rejoindre. (12 ans)

J'ai déjà pensé à ça une fois là. Mais c'est... Ça c'est surtout quand y'a des... pas, pas de même là, quand y'a des chicanes avec ma mère, des problèmes à l'école, problèmes. Là tu te dis: « Ils se foutent toute ben de ma gueule, qu'est-ce que ça pourrait ben leur faire que j'existe plus ou bien que je meurs. Tiens, c'est ça qu'ils voulaient, ben ils l'auront cherché là. ». T'sais, des fois tu te dis ça. Cinq minutes après, tu te dis: « Ben non, reprends toi! » Moi je trouve là que c'est normal... (13 ans)

Il y a toujours une solution à tout! Ça m'est déjà arrivé un moment donné, que j'ai fait une blague à mon ami. Mon ami est allé raconter ça à la psychologue de l'école. Pis là, la psychologue elle a appelé ma mère, pis là, ma mère elle capotait. J'ai voulu faire une blague à mon ami, sauf que... Ben, elle a capoté beaucoup, elle a eu beaucoup, beaucoup de peine. Non, j'ai vraiment jamais pensé à ça. Je suis heureux comme que je suis, même si des fois c'est dur! (12 ans)

Moi là, je pense que j'aurai jamais d'idées comme ça, parce que ça fait tellement de peine, là comment qu'on a été peiné là à cause de ça là. C'est vraiment incroyable! Vraiment pas, j'ai jamais pensé à ça de ma vie. Je me dis,

j'ai les moyens pis je le ferai pas, j'ai les moyens de m'en sortir pis y'a pas cette solution-là. Non. (9 ans)

Quand j'ai vu quand papa y s'est tué, euh, quand papa voulait mourir, euh, j'avais un petit peu de peine. D'abord, je voulais pas, je veux pas faire de la peine à maman, et à personne. (6 ans)

J'sais que ça m'arrivera jamais. (12 ans)

3.3.4 Sentiment de culpabilité

Plusieurs enfants mentionnent ressentir un sentiment de culpabilité. Certains se demandent si un impair qu'ils ont commis est en cause dans le suicide de leur parent. D'autres se culpabilisent de ne pas avoir décodé la détresse ou l'intention suicidaire de leur parent.

Je me disais: c'est de ma faute qu'elle se tue. Là je pense plus à ça, mais avant j'y pensais. (...) Des fois, j'y disais: « Non, je veux pas aller me coucher, je veux pas, je veux me coucher à 9 heures! ». T'sais avant je me couchais à 8 heures, pis j'avais voulu me coucher à 9 heures. Elle, elle voulait pas. Je regrette un peu Je pense que je regrette juste ça là, les choses que j'étais méchante avec elle. (9 ans)

Des fois, t'sais, quand j'étais jeune, des fois, j'ai fait des conneries que j pense que c't'à cause de ça, mais j'tais ben tout petit. Des fois je pense que c'est un peu de ma faute. (12 ans)

Un moment donné, j'étais comme stressé, parce qu'il y avait mon grand-père qui venait. Pis là, après, sans faire exprès, j'ai cassé un vase, pis après, parce qu'il était cher. Pis le reste je m'en rappelle plus, il est arrivé pis il était fâché, ben il était pas fâché comme, ben il était un peu... Ça lui a coûté cher, mais il était pas si fâché [se demande si cet événement peut être en cause dans le suicide]. (8 ans)

Pourquoi je n'ai pas compris et que je l'ai pas dit à ma mère! (10 ans)

Quand j'y repense des fois, je trouve que c'était des signes qu'il était vraiment, vraiment triste. Ben, ça me fait de la peine un peu, mais je me dis de toute façon, t'sais, même, même si j'avais fait de quoi, il serait peut-être pas mort là, mais il serait peut-être mort plus tard. Faut, faut pas se dire ça, parce qu'on se sent encore plus déprimé, je me suis rendu compte que ça me fait encore plus de peine. Je trouvais que ça me faisait beaucoup plus de peine. Je me sentais coupable un peu. Dans le fond, j'suis pas coupable de ça ! (12 ans)

3.3.5 Colère

Un sentiment de colère s'exprimant sous différentes formes est rapporté. Certains enfants se perçoivent plus irritables ou agressifs depuis le suicide de leur parent. Quelques uns verbalisent clairement leur ressenti à l'endroit du défunt, de leur parent survivant tenu pour responsable du suicide ou encore de la famille du parent décédé qui ne les a pas soutenus.

Pis moi avant à la maternelle, j'tais fine là, là, t'sais là, j'tais fine, j'tais gentille. Mes amis, on se chicanait presque pas, mais, mais là, en première année t'sais qu'est morte, on dirait que je j'suis devenue plus méchante. Ben j'accuse, je dis dans ma tête que c'est eux qui ont tué ma mère. Je leur dit: « C'est toi là », ben je dis pas ça, mais dans ma tête je dis ça. Fait que je me chicane plus. J'suis plus méchante avec mes amis. C'est dans ma tête que j'suis frustrée. J'suis fâchée contre eux. (...) Y'a une fille qui s'appelle X, c'est mon amie, elle c'est son oncle y'est mort, pis aussi je pense sa grand-mère. Elle était aussi fine, pis quand son, ben elle est encore fine là, mais quand son oncle pis sa matante est morte, elle était devenue un petit peu plus méchante, mais là elle est déjà revenue gentille. Moi non là, j'suis méchante. (9 ans)

Ou ben, en dedans de deux semaines, ils [l'entourage] sont après toi: « Ah, t'es tu correct ? Ça va tu mieux ? ». « Oui, mange de la merde là, regarde, ça fait deux semaines, calme toi là ! » Ben oui... Quand qu'ils me disent ça là... Il y a quelque chose aussi ça... Mes sentiments ça : ma peur, ma colère, t'sais, mes mauvais affaires, j'ai fait pas sortir, j'ai garde en dedans souvent, j'ai ravalé un peu. Des fois, y'a une p'tite niaiserie, y'a une p'tite blague qui va tout faire sortir, pis j'vas blaster le gars, ça va être débile là. Il va dire: « Voyons ! Qu'est-ce qui y prend ? » T'sais, j'me chicane avec ma meilleure amie là ! C'est pas compliqué là ! J'me chicane souvent. Une p'tite engueulade, t'sais, ça, ça se règle vite, mais, mais c'est énervant à la longue. (...) Quand le monde t'sais, quand le monde niaise, dit: « Mon père, mon père est plus fort que le tiens. » Ah, des fois, j'ai comme des pulsions presque pas meurtrières là ! La première personne qui va insulter mon père là, j'vas y sauter dessus pis... T'sais, j'ai pas le goût d'assassiner personne là... Que j'aie aucune chance de sortir pas amoché de ça là, j'm'à y aller là. Pis euh, ma mère pis ma soeur, j'veux plus que personne insulte. (...) T'sais là quand quelqu'un dit: « Enfant de chienne » là, en blague, ça va sortir, c'est: Boom, pac... Les insultes..., j'suis moins tolérant. (13 ans)

Je me sentais fâché, mais en même temps triste. J'étais fâché parce que c'est lui qui se l'est fait [qui a provoqué sa mort]. (8 ans)

C'est à cause du divorce, si ma mère était restée, elle l'aurait sauvé. Il lui aurait parlé et elle l'aurait référé au médecin (en criant) (...) Je le déteste, parfois il se préoccupait de moi, mais parfois j'étais juste de la merde. (10 ans)

Ce qui était pas gentil de la part à sa blonde c'est qu'elle a tout, elle a presque tout laissé choisir [partage des biens] à sa famille, pis après elle m'a choisie moi, à cause que j'habitais plus loin. Mais t'sais, je sais, sa mère elle aurait pu le choisir à cause que, t'sais, sa mère elle y tenait beaucoup aussi, mais t'sais tout de suite après ça l'aurait été moi. Mais non, c'était toute la famille ! Aussi, papa m'avait promis un porte-bonheur. Son porte-bonheur, ils l'ont, elle l'a donné à sa cousine au lieu de donner à moi, pis papa il l'avait dit à sa blonde que s'il mourrait, il... (9 ans)

Pis y'ont pris comme, c'est nous autres les héritiers, c'était nous autres qui étaient supposés avoir ça [la famille du défunt a pris possession illégalement de tous les biens]. Pis là, on trouvait ça pas juste là, pis on trouvait ça plate. (9 ans)

3.3.6 Sentiment d'abandon

Des enfants mentionnent se sentir délaissés par leur parent. Ils se sentent abandonnés par leur père ou leur mère à une période de leur développement où ils avaient pourtant besoin de celui-ci ou de celle-ci. Certains enfants expriment la blessure de ne pas s'être sentis davantage considérés par leur parent. Le suicide du parent a suscité chez certains enfants un questionnement quant à leur valeur personnelle. Ils ont été choqués de constater qu'ils n'avaient pas suffisamment de valeur aux yeux de leur parent pour le retenir en vie.

Des fois, quand j'ai eu des problèmes, j'trouvais qu'c'était pas juste là. Pourquoi elle est partie ? On avait besoin d'elle. T'sais, elle souffrait, elle est partie. Y'a un peu de t'ça qui est bon. T'sais, elle a plus d'souffrance. Mais quand, quand t'as besoin d'elle tu, tu dis : « C'est pas juste parce que on avait encore besoin d'elle. ». (12 ans)

Je le déteste, parfois il se préoccupait de moi, mais parfois j'étais juste de la merde. (...) Il s'est jamais occupé de moi. (...) Je suis une partie de lui, je viens de lui ! Il ne me verra pas grandir ! (10 ans)

Il aurait pas dû s'enlever la vie, pour moi ! (pleurs) Je pensais que papa y'allait pas mourir pis que, je pensais qu'il, qu'il allait pas mourir, pour moi ! Je pensais que cette journée là qu'il s'est suicidé, il avait pensé à moi (pleurs). (9 ans)

3.3.7 Sentiment de trahison et désillusion face à la vie

Un sentiment de trahison ainsi qu'une désillusion et une perte de confiance en la vie ont aussi été relevés. Le regard sur le monde n'est plus empreint de l'insouciance propre à l'enfance, mais est plutôt marqué d'un pessimisme.

J'ai réalisé que le monde est pas, pas tout fin. (...) T'sais, ça m'a fait réaliser ben des choses aussi quand mon père s'est suicidé là. Ça m'a fait réaliser que le mensonge est tout le temps présent parce que : « Inquiète toi pas, on va se rappeler, on, on fera quelque chose, j'vas t'inviter chez nous. Inquiète toi pas, j'vas être là pour toi, j'vas t'appeler, j'vas appeler ta mère ». Deux semaines après, ils te parlent plus. En tout cas mon... ma confiance a diminué au moins de trois fois. Oublie ça garde, me prends tu pour une valise ou ben... Pis euh, j'ai peur des gens. T'sais les gens y, j't'un peu fermé, je pourrais te dire là. Pis moi, j'aime mieux ça de même, garde. Je suis prudent, ça c'est le bon terme. Je veux pas me lier d'amitié ou d'une quelconque lien à quelqu'un en sachant que ça va finir mal. (...) Qu'est-ce que je suis triste, c'est de voir l'insouc..., ben, dans un certain sens ça me rend heureux, mais un autre sens ça me rend triste, de voir l'insouciance des gens. Je regarde, t'sais, quelqu'un courir dans rue avec son bicycle là avec ses parents. (...) Je me dis sont chanceuses eux, c'est pas donné à tout le monde là ! (...) Tu t'dis, euh: elle n'a pas encore mangé, elle, de la marde. Ça va venir, hein. C'est dur. (...) Avec tout ce qui s'est passé ces derniers mois: la guerre, le tireur fou... (13 ans)

3.3.8 Stigmatisation et sentiment d'isolement

Des enfants expriment qu'ils se perçoivent comme différents des autres jeunes de leur âge. D'autres, se sentent différents à l'intérieur même de leur famille. En raison de leur jeune âge, ils n'ont pas accès aux mêmes informations ou opportunités que le reste de leur famille; un silence les isole des autres membres de leur famille.

[Il parle de ce qui lui a traversé l'esprit au moment de l'annonce du suicide] Comme j'étais pas, j'étais pas une personne comme toutes les autres familles (12 ans)

Parce que c'est pas à tout le monde que ça arrive là. Je veux dire, tu chercheras là, le monde que leurs parents se sont suicidés... (13 ans)

[Elle élabore sur le fait qu'elle ne peut plus partager des moments avec son père comme le font ses amis] Ben, à mettons, à chaque lundi à l'école, on raconte notre fin de semaine... On va dire : comme là c'était la, la fête à son père... (11 ans)

Ben, y'a beaucoup, y'a beaucoup de chose qu'ils veulent, qu'y a du monde qui veulent pas me dire. (...) J'ai aucune idée, vraiment là. J'sais pas des choses que mon père aurait fait, des choses que mon père aurait fait qu'ils voudraient pas que je sache tout de suite, des choses de même. Je, je sais pas euh.... j'sais que mes grands-parents y'avaient dit que mon père avait déjà fait des conneries, t'sais... il y a pas, pas longtemps avant qu'il meurt. C'est ça, pis qu'y'avait pas, y'avait pas assez d'argent, quelque chose de même, je sais pas, c'est ça qu'ils m'ont dit. Ben, j'ai aucune idée, ça peut être beaucoup de choses. Il me passe beaucoup de choses par la tête... Je, je sais vraiment pas. Je leur ai demandé, mais ils veulent pas le dire. Ils veulent pas. Mes grands-parents sont beaucoup euh... Ils veulent pas, ils veulent pas en parler. Mon grand-père y'est encore, y'a encore beaucoup, beaucoup de peine. Pour lui, c'est dur d'en parler. (12 ans)

[L'enfant raconte le déroulement de sa visite à l'hôpital dans les heures suivants le suicide; son père était inconscient, mais présentait toujours des signes vitaux] *Ben, je me rappelle que j'ai joué aux dames. Heu, tout le monde allait le voir, mais moi je pouvais pas... Ben, j'avais sept ans aussi là... Je pense tous les enfants ils auraient aimé ça aller y aller. Mais j'ai pas pu. (8 ans)*

3.3.9 Anxiété

Des réactions anxieuses sont rapportées par plusieurs enfants. Des angoisses d'abandon, de maladie et de mort sont particulièrement évoquées, notamment : la peur que d'autres membres de la famille se suicident à leur tour ou meurent subitement, l'inquiétude d'être atteint du même trouble psychiatrique que le parent décédé, la peur de mourir de façon précipitée ainsi que la crainte de sombrer dans un état dépressif similaire à celui qu'ils perçoivent chez leur parent survivant depuis le suicide (et qui leur rappelle certainement leur parent décédé). Enfin, certains enfants parmi les plus vieux (12 et 13 ans) disent craindre la survenue de phénomènes paranormaux, particulièrement d'être en contact avec le monde des morts. L'impossible étant arrivé avec le suicide du parent, l'enfant peut difficilement se rassurer sur l'impossibilité que d'autres catastrophes surviennent dans sa vie.

J'fais plus de cauchemars. (...) Des fois je pensais dans mes rêves que toute, toute, toute, toute, toute ma famille sont morts : mes grands-pères, mes grands-mères, tout le monde, pis j'tais seule, pis là j'allais vivre chez un ami. Que ma famille soit au ciel pis que moi j'sois encore sur Terre sans famille. Pis j'habiterais chez un ami. Des fois je rêve à ça que mes grands-parents sont morts de, sont morts de vieillesse, mes matantes aussi, ma famille qui sont mortes euh... pognés en feu. T'sais là, euh genre ils sontaient dans la maison

avec moi pis là, la maison a pogné en feu, pis là quelque chose est tombé sur eux. Moi non, je... Je sentais le brûlé, là je regarde ce qui commence à brûler, là je réveille papa, tout le monde, c'tait, c'tait le lendemain: « Par ici, sortez, vite la maison commence à pogner en feu », là y'avaient de la misère à se réveiller là, y'était à peu près 3 heures du matin. Là j'ai sorti tout de suite sans qu'eux qui sortent, je voulais garder des choses là, je prenais les choses que je voulais garder C'est ça, je réveillais, je réveillais, je réveillais tout le monde. Là j'ai pris quelques affaires que je voulais garder. J'les, j'les, j'les ai pris. Fait que là j'ai sorti avant eux, fait que, là j'ai entendu des boums. Là y'ont éteint le feu, ils sont allés dans, dans la maison ici, sont allés voir en bas, y ont vu mes frères qui sondaient morts ici, mon père qui était mort en haut, ma mère qui était déjà morte par la paranoïa. Alors j'tais la seule. Pis des fois, vu que j'voulais pas aller euh, à, euh, t'sais à l'orphelinat, je pense que ça s'appelle, ou dans une famille d'accueil, j'voulais pas, fait qu'j'disais: « Je veux aller vivre chez un ami! ». (...) J'ai peur de mourir, j'ai peur de mourir jeune. Euh, genre, euh dans un feu, une maladie grave, par quelqu'un... (...) C'est, est-ce que c'est contagieux? [allusion au trouble psychiatrique de sa mère] (...) Ça me fait peur des fois de l'attraper. J'ai peur d'avoir la même chose, que ça s'attrape d'un coup comme ça. (9 ans)

Moi j'ai peur d'avoir la même maladie. Parce que une fois j'ai faite une grosse crise, j'voulais pas aller à l'école. (...) J'me suis, j'voulais m'enfermer dans la chambre à, à mon père t'sais. Ben la naissance aussi [allusion à l'hérédité]. Mais j'pense pas qu'elle l'aille eu à la naissance. J'pense que ça fait 4-5 ans qu'elle a... J'me souviens plus... (12 ans)

Des fois, j'avais peur que ma mère [parent survivant] elle se suicide. J'avais peur parce que y'avait un couteau dans son tiroir. Mais t'sais, c'tait, c'tait un couteau à mon père là. T'sais, c'est, c'est normal que t'aïlles peur de perdre quelqu'un d'autre quand t'avais perdu quelqu'un là. (9 ans)

Moi, habituellement j'essaie pas d'y penser. Parce que sinon j'vas être comme ma mère [parent survivant], j'vas toujours penser à ça. (12 ans)

Un moment donné, j'étais dans mon lit, après que mon père soit mort, pis j'ai senti quelque chose de froid dans ma main comme si quelqu'un me prenait la main, pis c'était froid. J'ai trouvé ça assez épeurant. T'sais c'est, c'est pas quelque chose que, t'sais un froid que, qu'on peut ressentir, comme un froid avec des picotements, quelque chose de même, je trouve ça assez, assez spécial. Ben ça me fait peur. Parce que ça m'arrive encore même des fois. En tout cas, je trouve ça très bizarre. Ça m'est arrivé quelque fois de voir des ombres. C'est peut-être aussi moi qui s'imaginait là, t'sais, du coin de l'œil, des fois on a l'impression de voir de quoi sauf que, sauf que c'est nous qui s'imaginent. (...) Pis après ça, j'avais une photo de mon père, pis le cadre a tombé. (12 ans)

Les fantômes, je suis pas sûr que ça l'existe, mais... t'sais, les personnes damnées là qui sont morts mettons dans le feu pis qui ont juré de se venger là, de revenir... Je suis ben, je suis ben peureux. (13 ans)

3.3.10 Reconnaissance de l'affaiblissement de leurs capacités cognitives

Certains enfants observent une diminution de leur capacité de concentration et de leur performance scolaire. D'autres, par ailleurs, n'ont noté aucun changement sur ce plan.

À l'école, au début, j'avais moins de concentration. J'avais vraiment de la misère, j'ai eu des baisses dans mes notes là, ça a descendu. Ça, ça a remonté. (9 ans)

Ben mes notes ont baissé là, l'année passée. J'ai trouvé ça dur, mais ça commence à aller mieux. (12 ans)

J'fais mon travail aussi bien. (12 ans)

3.4 Impact du suicide sur le mode de vie familiale des enfants

À la suite du suicide, des changements sont survenus dans le mode de vie familiale des enfants : déménagement, nouveau fonctionnement familial, rôles familiaux modifiés, constitution d'une nouvelle cellule familiale, etc. Ces transformations concrètes provoquent des retentissements importants pour les enfants. Même s'ils n'abordent pas explicitement les implications de ces changements de mode de vie, on perçoit en filigrane de leur discours l'expression de sentiments d'insécurité, de colère, d'ennui, d'irritation, etc.

Ben, tout c'que j'trouve plate c'est ma maison. À cause que y'a rien à faire ici. Y'a rien du tout. Avant, j'avais un ordi. Tous mes amis, y'ont toute quelque chose à jouer avec, peut-être un ordi, aussi une console... Y peuvent aller dehors, pis jouer à quelque chose. Cette maison c'est plate. Moi, j'aimerais au moins qu'on amène l'ordi ici ou quelque chose comme ça. J'jouerais des fois pour m'amuser. Y'a jamais rien à faire. Habituellement je joue sur l'ordi, c'est la seule chose que j'peux faire. (...) Souvent je demande à ma mère: c'est quand qu'il s'en vient l'ordi ? Elle dit: « Attends, y faut que j'finis de re-peinturer la maison, pis tout ça ». Moi, j'ai rien du tout à faire ici., J'fais rien. (...) Une chose que ma mère..., depuis ça, elle m'emmène souvent à l'église. Moi, j'trouve que c'est une heure de parlage pour rien. (12 ans)

[L'enfant aborde ce qu'il trouve le plus dur depuis le décès de sa mère]. *Le fonctionnement de la famille. Ben, j'sais pas, mon père y'était tout seul. Pis là y'était obligé d'arrêter l'travail, mais y'avait t'sais une assurance chômage là qui faisait d'l'argent quand même j'pense. (...) On est obligé d'prendre une gardienne qui nous garde. On a engagé une gardienne, on a fait une annonce dans le journal. (...) Là, j'suis obligé d'parler à mon père [avant le suicide de sa mère, il se confiait à celle-ci]. (12 ans)*

Ma mère elle a plus de misère à payer les comptes pis tout ça... (12 ans)

T'sais c't'encore plus dur pour elle de... de rester, de faire la même chose toute seule qu'avant là... Des fois, on se dit: « Ouin, maman elle a de la misère, elle a mal à la tête, on arrête pas de se chicaner là! ». (9 ans)

« T'es rendu l'homme de la maison, fais attention à ta mère, pis à ta sœur! » Pis moi là dedans? Qu'est-ce que tu veux que je fasse? Garde, j'suis pas un homme moi là, wow ! (13 ans)

Parce que même, même, si ça faisait pas longtemps que j'habitais chez lui, ça a changé pareil. J'ai encore déménagé. (12 ans)

T'sais, j'ai peur que X [la nouvelle conjointe du père] ça remplace maman, qu'il remplace, qu'il la remplace là, qu'il pense juste à X, qu'il pense des fois à maman, mais qu'il pense plus à X. (9 ans)

X [le nouveau conjoint de la mère] y'a des enfants qui habitent avec leur mère parce que X il s'est séparé. Fait que là, on va les chercher à chaque fin de semaine (...). Mais des fois là, elles sont fatigantes les filles... (8 ans)

3.5 Impact du suicide sur la représentation parentale

L'image que les enfants s'étaient construite de leur parent est remise en question par le suicide. La présente section abordera cet enjeu plus en détails à travers les sous-sections suivantes : l'image parentale mise à l'épreuve; la recherche d'un sens au suicide; et le maintien d'une représentation positive du parent.

3.5.1 L'image parentale mise à l'épreuve

Le suicide du parent ébranle l'image que les enfants entretiennent de leur père ou de leur mère. Les enfants tendent à percevoir leur parent de façon idéalisée, à savoir comme une figure saine, solide, exemplaire, voire omnipotente et invincible. Cette représentation parentale idéalisée, typique du développement

normal, est mise à l'épreuve dans le contexte du suicide d'un parent. L'extrait suivant met en relief l'incompatibilité perçue entre l'image parentale idéalisée et la réalité du geste suicidaire du parent.

[Extrait d'une lettre destinée au père décédé] *Tu avais tellement une belle vie, tu faisais du sport, tu étais beau, tu étais en forme. (...) Tu as aidé plein de gens parce que tu étais infirmier, mais tu n'as pas, tu n'as pas voulu te faire aider. Pourquoi? Je ne sais pas. Mais j'ai mon hypothèse: tu voulais sûrement pas te faire aider, car c'est toi qui aidais les autres gens.* (9 ans)

Suite au geste suicidaire de leur parent, les enfants découvrent leur père ou leur mère sous un nouveau jour moins reluisant. Ils accèdent à sa vulnérabilité et à sa souffrance. Les passages suivants traduisent l'état de perplexité de certains enfants lorsqu'ils prennent conscience de pans de l'histoire de leur parent qui leur étaient jusqu'alors étrangers.

J'savais pas qu'elle avait cette maladie là. On savait rien, elle voulait pas nous inquiéter avec ça. (12 ans)

Mes grands-parents y'avaient dit que mon père avait déjà fait des conneries pas longtemps avant qu'il meurt (...). Il me passe beaucoup de choses par la tête... Je leur ai demandé, mais ils veulent pas en parler. (12 ans)

Elle nous l'avait jamais dit [qu'elle souffrait d'un trouble psychotique], parce que euh... elle voulait pas nous faire de peine, pis elle voulait pas qu'on s'inquiète à cause de ça là, fait qu'elle nous l'avait jamais dit. (9 ans)

Les dessins suivants, réalisés par un enfant de 8 ans, mettent en relief à quel point l'image parentale est mise à l'épreuve par l'acte suicidaire. Le premier dessin (Figure 5) illustre le souvenir que ce garçon conserve de son père; l'enfant et son père figurent ensemble, souriants, dans une interaction positive se déroulant dans un parc ensoleillé. Le père et le fils sont habillés de façon similaire suggérant une certaine identification à la figure paternelle. Le second (Figure 6) traduit, pour sa part, la façon dont l'enfant imagine l'état de son père au moment du suicide; le père est dessiné tout petit, seul, pleurant dans un environnement dépouillé évoquant la solitude et le vide. Le contraste marqué entre ces deux dessins rend compte du défi auquel est soumis l'enfant, soit de réconcilier deux images dissonantes de son parent.

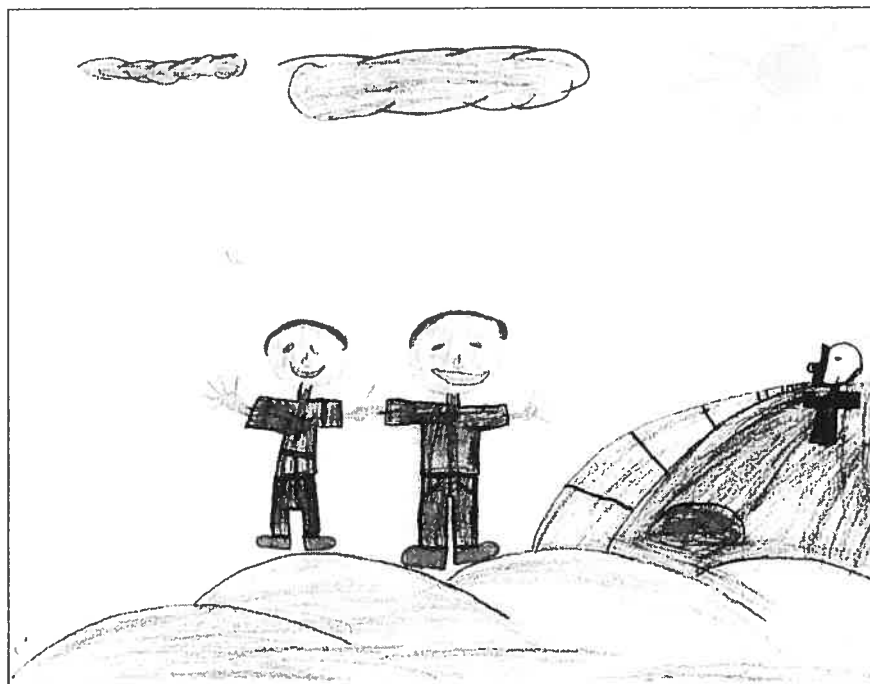


Figure 5. Image que l'enfant a de son père (8 ans)

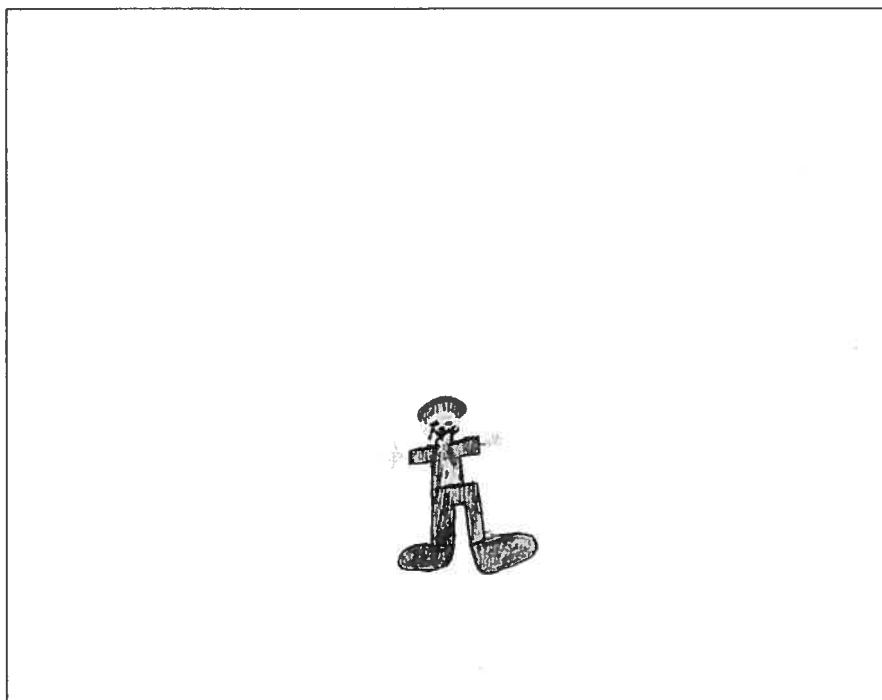


Figure 6. Façon dont l'enfant se représente son père au moment du suicide (8 ans)

3.5.2 La recherche d'un sens au suicide du parent

Les enfants tentent de donner un sens au suicide de leur parent qui leur apparaît a priori insensé. Ils réexaminent le passé à la recherche d'indices les aidant à réconcilier l'image qu'ils avaient de leur parent avec la réalité de son suicide. Ils essaient d'identifier les facteurs à la source de la détresse de leur père ou de leur mère. Ils formulent des hypothèses, soit à partir des explications fournies par leur entourage, soit à partir de leurs propres fantaisies. La rupture amoureuse, la maladie mentale, les problèmes financiers, la perte d'un parent, la lourdeur de la tâche parentale ou les défis posés par la garde partagée sont perçus par les enfants comme étant à l'origine de la souffrance de leur parent. Alors que certains estiment qu'un facteur unique était à la source de la souffrance de leur parent, d'autres adoptent une perspective de complexité et conçoivent celle-ci comme multi-déterminée. Ces derniers font référence à la notion d'accumulation d'expériences négatives ou à une interaction entre différents facteurs pour s'expliquer l'étiologie de la souffrance de leur parent.

Ben j'pense c'est à cause qu'y'avait de la peine là, à cause que mes parents se sont séparés. Pis là ben il s'est tué à cause qu'il aimait encore ma mère. (11 ans)

Ben y'était malheureux. Ben, comme dire triste. (...)Parce qu'il avait quitté avec l'autre blonde là.(8 ans)

C'est à cause du divorce, si tu étais restée [en s'adressant à sa mère] tu l'aurais sauvé. Il t'aurait parlé et tu l'aurais référé au médecin. (10 ans)

Parce que y'avait une grosse, grosse maladie. Ben on voyait vraiment pas sa maladie, parce que c'était dans la tête, fait que là il souffrait tellement, fait que là, il, il souffrait tellement qu'il s'est, qu'il s'est suicidé. Ben je le sais pas trop là, mais je crois que c'est parce que euh, il voulait pas mourir, mais, mais il pensait vraiment..., je sais pas trop... (8 ans)

Parce que t'sais elle voulait pas garder sa maladie, fait qu'elle s'est tuée. (...) Parce que elle avait sa maladie, pis elle la voulait plus, elle était tannée qu'elle pense qu'y avait des micros, qu'y avait des personnes qui la suivaient. Moi je savais pas ça. (...) Elle nous l'avait jamais dit [qu'elle souffrait d'un trouble psychiatrique], parce que euh... elle voulait pas nous faire de peine, pis elle voulait pas qu'on s'inquiète à cause de ça là, fait qu'elle nous l'avait jamais dit. Sauf des fois, je la trouvais bizarre ! Ou quand je dormais, je me réveillais

pis elle pleurait des fois. (...) Fait que des fois je l'entendais pleurer la nuit. (...) Ben aussi c'est arrivé d'autres choses aussi. Quand on est allé monter une montagne là, elle, elle pensait qu'y avait des personnes qui nous suivaient en arrière. Pis aussi une fois qu'on était dans une voiture, elle pensait que la voiture qu'y'était en arrière de nous, c'est une police. Elle pensait ça, mais c'tait pas vrai là, c'tait juste une voiture normale. (...) Elle est allée à l'hôpital, je m'en rappelle plus combien de jours, à peu près un mois là, ben trois semaines, je m'en rappelle plus ça faisait longtemps. (...) Je pensais qu'elle avait euh... quelque chose là, mal en quelque part, que ça faisait très mal, qu'elle était plus capable de bouger quelque chose. J'me demandais vraiment, j'suis curieuse moi. (...) Ça faisait longtemps que je l'avais pas vue. J'me demandais pourquoi, je rêvais à elle des fois. (...) T'sais, elle nous appelait des fois pis... j'trouvais qu'elle parlait un peu bizarre. T'sais elle l'avait euh sa voix maganée. Elle parlait plus souvent silencieusement. Là on disait: « Pourquoi tu parles bas ? », là elle disait: « Ben j'ai un peu mal à la gorge, je peux pas parler fort ». Mais peut-être c'était à cause qu'elle pensait qu'y avait des micros. (9 ans)

Il avait une maladie; d'abord, il se sentait mal dans son coeur un peu, sauf que ça lui dérangeait pas beaucoup. Y s'amusait quand même avec nous. Y souffrait pas beaucoup. (...) Ça a un drôle de nom, mais c'est, c'est vraiment compliqué. Je m'en rappelle pas sou... tout le temps, je m'en rappelle jamais. (6 ans)

J'savais pas qu'elle avait cette maladie là. (...) Ben elle avait des peurs mais imaginaires, des grandes peurs réelles, mais d'autres peurs imaginaires. Elle faisait un peu d'genre de paranoïa. Pis là, elle était tannée, fait qu'elle est allée se suicider. Elle, des fois, ma mère, elle avait peur que, elle a été hospitalisée 2 fois, que c'était pas une hôpital, que c'était un bâtiment qui faisait des recherches sur elle... ou que la police nous suivait, ou que y'a du monde qui l'espionnait. Elle, elle pensait ça. C'était juste dans sa tête mais elle avait des gros problèmes. (...) Elle pouvait plus, elle était tannée d'avoir peur, elle pouvait plus être notre mère. T'sais, nous, on avait des problèmes, elle avait ses problèmes, nos problèmes, s'occuper de nous... (...) Elle pleurait souvent au téléphone. Elle dormait moins, elle faisait souvent des cauchemars. (12 ans)

J'pense y'a eu une dépression. (12 ans)

Tout qu'est-ce qu'on sait, c'est que ma mère elle a dit qu'il buvait de la drogue. (8 ans)

Mais avant y'avait souffert à cause que son père à lui y'était mort pis il l'aimait beaucoup, beaucoup, beaucoup il y tenait, pis il allait toujours avec lui en vacances. (...) Maman elle disait qu'il avait beaucoup de problèmes pis qu'il s'ennuyait de son père à cause de son père qui est mort. (...) Lui, il était triste parce que son père était mort. (...) Comme moi mon père je pense qu'il est mort à cause qu'il voulait revoir son père, pis qu'il voulait pas le quitter. (...) Ben,

qu'il s'est suicidé à cause que y'aimait beaucoup son père à cause que son père avant y'était mort. (9 ans)

C'est plusieurs, c'est plusieurs choses. C'est beaucoup de choses qui se sont accumulées dans sa jeunesse pis... Des fois, ça remonte à très longtemps. C'est, c'est plein de choses accumulées, surtout avec, avec sa blonde, les chicanes qu'ils avaient, ça pas dû aider non plus. (...) Avant, y'avaient eu une chicane, je pense. Ça arrivait souvent. Ça arrivait souvent qu'ils avaient des chicanes (...) J'sais que mes grands-parents y'avaient dit que mon père avait déjà fait des conneries, t'sais... il y a pas, pas longtemps avant qu'il meurt. C'est ça, pis qu'y'avait pas, y'avait pas assez d'argent, quelque chose de même, je sais pas, c'est ça qu'ils m'ont dit. Il me passe beaucoup de choses par la tête... Je leur ai demandé, mais ils veulent pas le dire. Ils veulent pas. Mes grands-parents sont beaucoup euh... Ils veulent pas, ils veulent pas en parler. Mon grand-père y'est encore, y'a encore beaucoup, beaucoup de peine. Pour lui, c'est dur d'en parler. (...) T'sais sur le coup j'avais pas l'impression qu'il était déprimé, mais quand j'y repense des fois, t'sais ça paraît, ça paraissait. Sa façon d'agir, son humeur. T'sais, des petites choses que des fois on porte pas vraiment attention, je trouve que c'était des signes qu'il était vraiment, vraiment triste. (12 ans)

Ben ça, euh, j'me suis dit que c'était parce que ben y'avait de la misère avec l'argent (...) pis qu'y'était séparé, pis euh... (...) Y'a perdu maman pis, pis y l'aimait encore maman, même si y'avait rencontré quelqu'un d'autre. (...) Y'était malheureux parce que y pleurait jamais. T'sais, y'était renfermé là, t'sais quand c'est des petits malheurs que tu gardes, ça finit par grossir ! (...) On sait pas pourquoi... T'sais, y'a des, toujours des questions qu'on se pose sans répondre. (rire) (9 ans)

Sa blonde l'avait laissé, pis il nous voyais moins, à cause de la séparation, c'était récent. (...) Garde des enfants, c'est du stock ! (...) L'avocat, problème d'avocat ! (...) Y dépensait son argent, ça l'affectait (...) Pis euh, c'est ça t'sais y'a plein de facteurs là qui l'ont amené à faire ça là. T'sais, c'est sûr que tu pourras jamais rejoindre tous les facteurs, on est pas dans sa tête icite là ! (13 ans)

3.5.3 Maintien d'une représentation positive du parent

Il ressort du discours des enfants un besoin de préserver une image positive, voire idéalisée, du parent qui soit congruente avec la représentation que l'enfant avait de son père ou de sa mère avant qu'il ne se suicide.

Ben, j'aime plus, j'aime mieux ça comme ça [ne pas avoir su que son père était en détresse]. Comme ça, je peux garder plus de, de beaux souvenirs de lui. (12 ans)

[Extrait d'une lettre destinée au père décédé] « *À mon papa d'amour, tu es, tu es et tu étais extraordinaire.* » (8 ans)

La première personne qui va insulter mon père là, j'vas y sauter dessus pis... Que j'aille aucune chance de sortir pas amoché de ça là, j'm'à y aller là. (...) [Il élabore sur ses pensées actuelles à propos de son père] *Ah ben, je pense aux belles affaires ! Tout le temps... (...)* *Quand qu'on jouait au soccer là, quand, quand qu'il écoutait la musique que j'écoutais pis il disait: « Ah c'est bon ça! », quand qu'on louait des films pis qu'on riait, quand on commençait à parler de filles là... (13 ans)*

Je garde jamais de mauvais [souvenirs]. Je garde toujours les bons. (9 ans)

Des fois, j'entends encore ses rires, dans, dans ma tête. Je les entends encore. C'est un bon souvenir! J'y pense toujours, j'ai toujours un rire dans ma tête. (9 ans)

3.6 Regards des enfants sur le suicide

Dans leur effort de donner un sens au geste suicidaire de leur parent, les enfants se questionnent sur le recours au suicide dans les situations de détresse humaine : le suicide peut-il être parfois l'unique issue possible ou y a-t-il d'autres alternatives ?

On retrouve dans certaines portions du discours des enfants l'idée que la détresse de leur parent était insurmontable ou encore que celui-ci ne disposait pas des capacités pour la dépasser. Le suicide apparaît comme l'unique avenue dont le parent disposait pour se libérer de sa détresse. Un enfant se demande d'ailleurs si le suicide est le pendant chez l'humain de l'euthanasie chez l'animal comme moyen de mettre un terme à la souffrance. La mort est vue comme une délivrance, comme la fin des souffrances. Contrairement à la vie, la mort est perçue comme douce et porteuse d'espoir (« *Elle n'a plus sa maladie maintenant au ciel.* »; « *Quand on est mort on est bien* »; « *Un monde meilleur* »; « *Un nouveau recommencement* »). Les dessins suivants illustrent la vision idyllique que certains enfants ont de la mort. Le premier dessin (Figure 7), réalisé par une enfant de 11 ans, met en relief le contraste entre la souffrance propre à la condition humaine (la famille endeuillée attristée au salon funéraire) et la légèreté du monde des morts (le défunt souriant aux côtés d'un arc-en-ciel). Pour sa part, le second dessin (Figure 8) traduit la vision de la mort d'une enfant de 6 ans : les défunts volent et sourient dans un ciel ensoleillé.

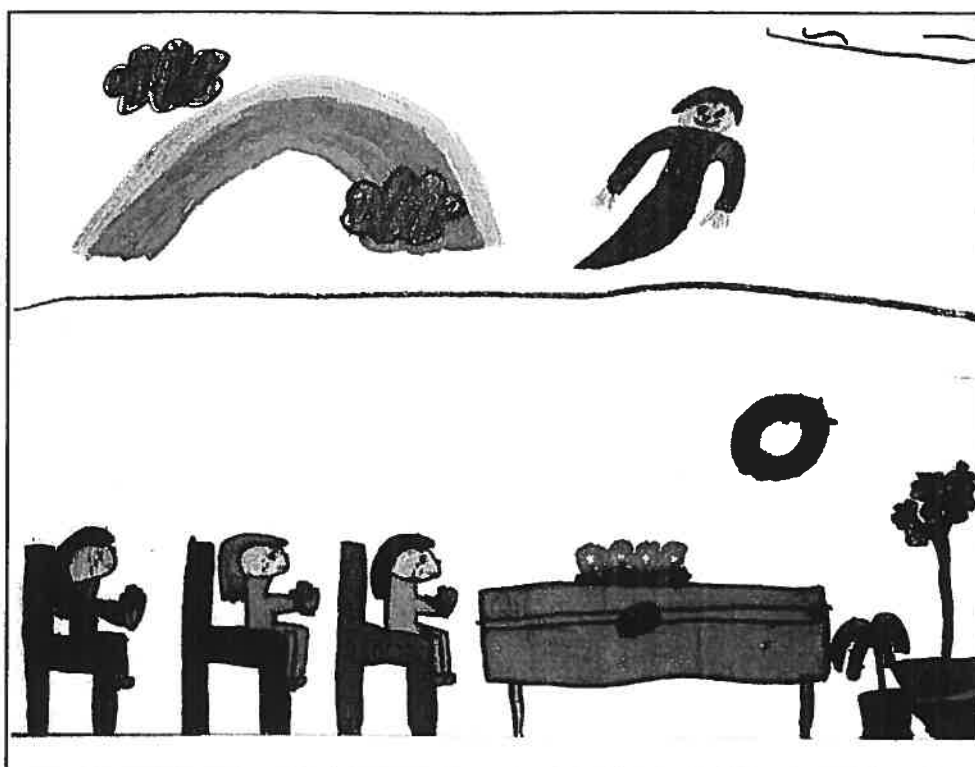


Figure 7. Contraste entre la vision de la mort et celle de la vie (11 ans)

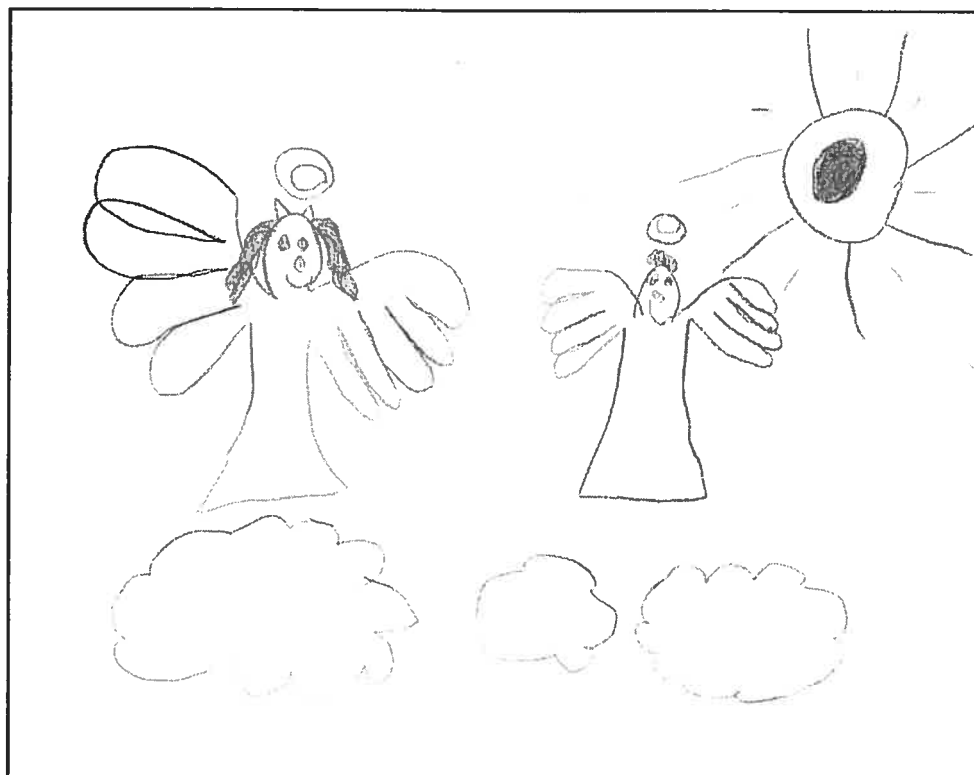


Figure 8. Représentation idyllique du monde des morts (6 ans)

À l'inverse, il ressort également du discours des enfants l'idée que le suicide n'était pas la solution optimale et que des alternatives auraient pu être envisagées par leur parent, notamment se confier à des proches ou consulter un professionnel de la relation d'aide. Certains enfants critiquent, voire condamnent, le geste de leur parent. Ils déplorent le manque de mobilisation ou de persévérance de leur parent dans un processus de recherche de solutions et/ou soulignent les implications du suicide pour l'entourage : en se suicidant le parent met fin à ses souffrances, mais prive sa famille de sa présence.

Ces deux positions coexistent régulièrement dans le discours des enfants, suggérant une certaine ambivalence dans leur position face au geste de leur parent. Plusieurs enfants tantôt estiment que le suicide était la « meilleure » option qui s'offrait à leur parent, tantôt déplorent l'absence de recherche de solutions de leur parent et condamnent son geste. D'autres enfants, par ailleurs, adoptent une position plus polarisée face au suicide de leur parent.

Elle avait ses problèmes, nos problèmes, s'occuper de nous... À sa place là, j'ferais à peu près pareil. Ben non mais, elle avait sûrement des gros poids sur son dos à porter, pis tellement qu'elle était plus capable. (...) T'sais des fois on dit qu'elle prend la bonne décision, t'sais: « Ah! elle avait beaucoup de souffrances » O.K., mais t'sais quand on a des problèmes là, pis qu'on veut la voir, moi, je... Des fois quand j'ai eu des problèmes, j'trouvais qu'c'était pas juste là. Pourquoi elle est partie ? On avait besoin d'elle. T'sais, elle souffrait, elle est partie. Y'a un peu de t'ça qui est bon. T'sais, elle a plus d'souffrance. Mais quand, quand t'as besoin d'elle tu, tu dis : « C'est pas juste parce que on avait encore besoin d'elle. ». (12 ans)

Y'a des gens qui sont capables d'arrêter de souffrir, mais lui y'était pas capable. (...) Finalement, il a rien fait [pour résoudre ses problèmes], il a juste pris son porte-bonheur, pis ça marchait pas! T'sais, lui au moins, il voit son père dans le paradis, pis moi je peux pas le voir. (9 ans)

C't'une solution, mais j'dirais que c'est pas la meilleure. J'dirais que c'est une solution. J'veux dire, c'est une méthode d'arriver à ses fins. Tu peux prendre un problème mathématique: tu fais une méthode, c'est compliqué, c'est long... ou (clique des doigts), 2, 3 calculs, c'est fini ! La méthode longue, ça pourrait être le suicide. Pis 2-3 calculs, ça pourrait être chercher de l'aide. Chercher de l'aide c'est dur là ça ! Le monde y dit: « Y'a de l'aide partout, venez nous

voir ». Ben oui ! (ton ironique) (...) C'est comme la seule réponse qu'y'a trouvé à la question: « Qu'est-ce que je fais ? », c'est: « me suicider », t'sais. Mais par ailleurs, c'en est une parmi tant d'autres... Y'aurait pu s'exiler là, y'aurait pu disparaître tout court. (13 ans)

J pense que c'était la seule solution, y'avait rien pour la guérir à part ça. (9 ans)

Si tu te sens vraiment trop mal, t'as juste besoin de prendre la, t'as juste besoin de faire l'affaire [se pendre] ou euh... (6 ans)

Est-ce que c'est vrai que... Ben, comme un animal qui souffre trop, on est obligé de le tuer pour pas qu'il souffre encore plus... (...) Parce que quand on souffre, on est comme..., pis quand on est mort, on est bien. (8 ans)

Y'avait la bonne pis la mauvaise, pis y'a pris la mauvaise. La bonne, ça aurait été d'aller n'en parler à des amis. Mon père y'avait plein d'amis là... T'sais, c'est fait pour ça des amis. (...) Quand je pense qu'il pourrait encore rester en bas, mais qu'il a décidé d'aller en haut. (9 ans)

Je sais pas qu'est-ce qu'il lui a pris là! (8 ans)

Il a été au psychologue une fois, ça règle pas grand chose rien qu'une fois! Des fois, ça prend plusieurs années! (12 ans)

3.7 Résilience des enfants

Certes, les enfants sont significativement affectés par le suicide d'un parent. Cependant, sur certains plans, ils continuent de fonctionner comme avant. Certains enfants affirment même avoir retiré des apprentissages positifs de cette expérience de perte. Enfin, tous les enfants mentionnent recourir à des stratégies pour s'adapter à la perte. Cette section aborde plus en détails ces différentes dimensions de la résilience de ces enfants.

3.7.1 Au-delà des bouleversements

Même si les enfants rapportent que le suicide de leur parent a suscité divers bouleversements dans leur vie, ils soulignent aussi que de nombreux aspects de leur vie personnelle et familiale sont demeurés stables. Ainsi, malgré leur désarroi, ils continuent à jouer, à apprendre et à respecter la même routine familiale.

Mais mon comportement a pas ben, ben changé : mes amis, j'aime ça faire des blagues. (13 ans)

Je suis heureux comme que je suis, même si des fois c'est dur! Moi, j'suis bien comme que je suis. J'trouve que j'suis quand même heureux. (12 ans)

On peut jouer dehors pareil, on mange pareil, on dort pareil... (8 ans)

C'est toujours les mêmes règles. On soupe toujours à la même heure : 6 heures et demie. Les heures de souper, euh...les heures de dodo, c'est pareil. (9 ans)

Y'a tout le temps la piscine, y'a tout le temps les barbies, y'a tout le temps, tout le temps... (6 ans)

Premièrement, j'ai toujours les mêmes amis. Euh, je me couche toujours à la même heure, euh...Y'a presque toute qui a pas changé. (...) J'aime au, autant jouer euh au playmobil que quand j'étais avec lui là.(...) Mais, il y a presque rien qui a changé. (8 ans)

T'sais, on fait toujours la même routine qu'avec X qu'on faisait. On se lève, on déjeune. On arrive, on prend une collation. Mais on arrive, on prend une collation, on fait nos devoirs. T'sais, on n'a pas changé de faire nos devoirs après le souper. On fait le souper, après ça on va jouer avec nos amis, on va pas jouer avec nos amis avant le souper, en tout cas c'est rare. (9 ans)

3.7.2 Apprentissages existentiels

En outre, certains enfants notent que des changements positifs se sont opérés en eux suite au suicide de leur parent. Ils expriment avoir appris de l'expérience de perte qu'ils ont connue. Certains se décrivent comme profitant davantage de la vie et des moments de plaisir, se sentant plus conscients de la précarité de leur existence et des écueils qui la jalonnent. D'autres se sentent plus confiants en leurs moyens de faire face aux expériences d'adversité.

Je dis que des fois j'ai plus envie d'être joyeuse. T'sais, c'est comme le monde y disent quand t'as quelqu'un qui meurt t'es down, tu fais rien, t'sais... Mais au contraire, t'as encore plus envie de, de... Mettons que j'traverse la rue pis y'a une auto qui me roule dessus, là... Ben, j'vas avoir au moins vécu ma vie, pis j'vas avoir eu des moments de fun... (...) (9 ans)

Parce que quand moi j'ai du fun là, je me dis que je l'ai mérité. Quand, quand je gagne quelque chose là, j'me dis que je l'ai, l'ai mérité. Toute ce qu'il y a de bon qu'est-ce qui peut m'arriver, à part si, si y'a une tricherie où que je fais

quelque chose de pas correct là, j'me dis que je le mérite. J'ai assez subi des affaires pour euh... (...) J'me dis : « Regarde, y'a beau avoir de la marde qui m'arrive là. J'en ai déjà eu, hein, je sais quoi faire. Je suis prêt. » Confiance, c'est une confiance... (13 ans)

3.7.3 Moyens utilisés par les enfants pour s'adapter à la perte

Enfin, les enfants mentionnent recourir à plusieurs moyens pour s'adapter à la perte de leur parent. Ils s'appuient tantôt sur leur entourage, tantôt sur le lien symbolique avec le défunt et tantôt sur leurs propres ressources internes.

Plusieurs enfants disent bénéficier du soutien de leur entourage. Ils disent s'apaiser en parlant avec des membres de leur famille, un ami ou un intervenant en relation d'aide. L'aspect libérateur de la parole et la richesse des conseils donnés par autrui sont évoqués. En outre, la simple présence accueillante de certains proches est mentionnée comme étant réconfortante. Enfin, des enfants soulignent la contribution de leurs amis qui les aident à se distraire momentanément de leur détresse.

J'ai quelqu'un que sa mère est morte du cancer dans ma classe, mon amie. Pis on s'en parle quand on a de la peine là. (...) Ben moi, j'va parler à un adulte ou à un ami, mais mes amis j'ose pas vraiment. Parce que t'sais, c'est tes amis, mais y peuvent toujours aller le dire, t'sais, c'est pas sûr, là... (...) Ben moi je leur dirais [aux enfants dans sa situation] d'aller chercher des ressources comme aller au centre de prévention du suicide, rencontrer du monde, aller n'en parler. Parce que sinon, ça va faire comme le malheur va grossir, pis ça va être vraiment pire là. Ça c'est vraiment dangereux, ça peut grossir vite là. (...) Avec X là, la travailleuse sociale, ça fait vraiment du bien. T'sais, au début, c'est gênant, t'es un petit peu renfermée là, pis t'as peur, t'sais, tu finis par la connaître, pis c'est le fun. Moi j'ai vraiment aimé ça, pis ça m'a vraiment fait du bien là. Ça l'aide vraiment, c'est le fun. Moi, vraiment là, X, j'ai été impressionnée. T'sais avant, j'avais vraiment peur là, pis là X, t'sais, elle demande: « Heu, qu'est-ce qui te fait peur? », elle me demande toutes les questions sans que j'y dise, t'sais. (rire) Elle le sait comme ! C'est le fun ! (9 ans)

J'suis plus habitué de parler avec mon père maintenant, pis avec X [nouvelle conjointe du père] aussi ça va bien. Juste pour parler, t'sais, pour sortir le méchant. J'parle, pis des fois, des fois j'pleure. Moi, garder ça pour moi, j'serais pas capable. (...) Aussi, [je me confie à] ben l'éducatrice de mon école, un peu là, de mes problèmes à l'école pis ma psychologue. J'aime mieux en parler avec des adultes, ben, y comprennent plus t'sais. (...) [Ses conseils pour des enfants dans sa situation] Ben d'en parler, trouver de l'aide, pas faire des

choses graves t'sais qui pourrait nuire aux autres personnes : les idées noires, le suicide pis euh ou de se sauver d'la maison là, c'est ça. Le mieux c'est d'en parler. (12 ans)

J'pas capable de garder ça en dedans. Euh, je parle plus à mes amis... J'sais pas, on dirait c'est plus eux que je confie mes secrets. C'est très rare que je les raconte pas. (...) Toutes mes amies euh... gentilles avec moi, y m'aident. Elles me dit des bons conseils. (...) Elles disent: « Est-ce que tu voudrais jouer à un jeu? ». (9 ans)

Euh... ben ça dépend. Des fois j'en parle à des adultes... Des fois je pleure, mais... Euh... Je vais en parler à des adultes ou à mes amis. Si t'as beaucoup de peine, ben tu peux aller en parler à du monde. (...) Tu peux aller le dire à des adultes ou à des parents, euh, ou à des enfants ou à quelqu'un de ta famille. (...) C'est que j'ai pensé à lui pis là heu... heu... j'ai pleuré, pis là j't'allé le dire à mon, à mon professeur que je pensais à ça, on a parlé de ça. J'ai dit: « Je m'ennuie de papa ». (8 ans)

Je parle. Je parle plus souvent avec mes amis. Je leur parle pas mal à tous. Ben, pas à tout le monde là! Je parle à ma mère aussi. J'en parle. Ben, j'suis correct, quand j'ai besoin d'en parler, j'en parle. Je me gêne pas, je garde pas ça pour moi, j'en parle. Quand il y a quelque chose qui va pas, je me gêne pas. Je me sens mieux après. (12 ans)

Euh... je parle. Si t'as trop de peine, t'as juste besoin euh, de parler avec tes grands-parents ou d'en parler à d'autre monde et d'exprimer. (6 ans)

[Ses conseils pour des enfants dans sa situation] Ben d'en parler quand qu'y'ont de la peine, ben à des personnes qu'ils font confiance. (11 ans)

Ah y'a des pères d'amis qui sont, qui sont comme des deuxièmes pères pour moi. Surtout lui à mon meilleur ami, eux autres là c'est... J'vas cogner chez eux un matin avec un sleeping bag là, dire: « J'suis plus capable là ». « Rentre mon homme ». Que, que j'demande n'importe quoi, que ça soit n'importe quoi là des conseils sur des affaires là t'sais. Comment tu fais ça là ? C'est quoi ça ? Aucune gêne, il dit: « Aucune gêne, rentre, viens t'en ». Leur porte est ouverte. (13 ans)

Ben de beaucoup jouer parce que ça fait moins de peine, parce qu'on y pense moins quand on joue avec des amis. Ben si non on y pense quand même beaucoup, on y pense plus que si on jouerait comme mettons à un jeu là. (8 ans)

Entretenir un lien symbolique avec le défunt, notamment en pensant à lui, en rêvant à lui, en s'adressant à lui, en contemplant ses photos, en s'entourant d'objets

rappelant sa présence ou encore en s'identifiant à lui, permet également à plusieurs d'atténuer la blessure de la perte.

[Ses conseils pour s'adapter au suicide d'un parent] *Disons que moi... Pense à lui pis heu... Fait des... ben pense, pense à lui, rêve à lui. (...) Des fois, j'ai le goût de parler à papa, mais je peux pas lui parler pour vrai là ... Je lui parle à son collier [chapelet]. Ben, d'habitude je lui dis que je m'ennuie là. Pis que là on peut plus, ben je peux plus le voir. (9 ans)*

[Ses conseils pour s'adapter au suicide d'un parent] *Prends une photo, pis penses-y. C'est ça d'y penser, de faire une prière à chaque soir. J'ai une photo de elle. Des fois, je la regarde quand je me réveille. Pis y'a ma croix en dessous que j'ai eue à ma première communion. (...) J'y pense dans ma tête. Des fois je lui dis: « Aide-moi à faire quelque chose. Aide-moi en mathématiques » parce que j'ai beaucoup de misère en mathématiques. (...) J'ai encore sa robe de chambre que je porte des fois quand j'ai froid. (...) Pis une fois, je lui avais donné un collier, un collier t'sais qu'on fabrique là. Pis quand elle est morte, on est allé voir aux funérailles, elle l'avait encore. Fait que quand elle a été brûlée, elle l'avait au cou, fait qu'elle l'a encore au ciel. (9 ans)*

T'sais, souvent je pense à mon père pis... Il y a des journées où j'y pense. Quand je suis triste, j'y pense. (12 ans)

La nuit des fois, je, j'lui parle. Ben Souvent, j'lui dis euh, je veux pas faire de cauchemars (...) Je parle dans ma tête. Parce que je veux pas que, parce que euh..., parce que.... Euh, je trouve que, je veux que ça soit, ça soit personnel. (8 ans)

Des fois je m'en va toute seule dans ma chambre, je parle de ça avec mon papa [décédé]. (6 ans)

Ben des fois quand j'vas m'coucher, comme j'dis [à son père décédé] euh: « Bonne nuit! » (12 ans)

Des fois je fais des rêves pis je rêve à elle. Des beaux rêves, jamais de cauchemars. Ben... Une fois je pense, je l'ai vue sourire. Une autre fois, j'pense, que on avait gagné genre une guerre pis j'pense que elle m'avait emporté avec elle au ciel ou j'y ai donné une caresse avant qu'elle parte, j'me souviens plus. (12 ans)

[Il raconte qu'il rêve à son père décédé et se demande s'il est possible qu'il l'ait réellement vu durant la nuit] Je me souviens pas de tout mon rêve. Quelqu'un m'avait dit que des fois un rêve, c'est la réalité. Mais, pas la réalité... mais, que ça se peut, que c'est un rêve. Ben là, je sais que ça se peut pas qu'on sorte du rêve, pas réveillé, mais endormi ? C'est comme si j'étais dans un monde, pis j'ai traversé un monde, pis là je pouvais le voir. J'étais dans un monde, un

monde des humains. Pis après, j'ai traversé dans le monde des fantômes. (8 ans)

Depuis c'temps là, j'me suis juré de continuer pour lui, pis d'avoir ma noire pour lui (ceinture noire en karaté). Fait que dans toutes mes tests, j'y parle, t'sais, en dedans. J'y demande de m'aider, j'y demande de me donner la force pour. Parce que quand qu'y'était là qu'on faisait un test ensemble là, y'était là à côté, y m'disait: « Go, vas-y ! ». Fait qu'j'me l'imagine. Quand j'me dis mettons j'ai plus de forces, je, je le fais pour lui là (...). (13 ans)

Des fois, je fais des rêves là pis on dirait que c'est la réalité là. À un moment donné là, j'ai fait, j'ai fait un rêve là. C'tait mon père, c'tait à la boutique de vélo, c'est là où c'que j'ai acheté mon vélo, pis là, y'arrivait, pis j'pleurais pis mon père y m'achetait un nouveau vélo. (rire) C'tait tellement fou là ! Pis j'y ai tellement cru à ce rêve-là ! (...) Là y'est entré dans mon, dans mon cœur. (...) [Extrait d'une lettre destinée au père] J'ai commencé à faire tous les sports que tu faisais. Je ne sais même pas pourquoi alors je fais du ski de fond de compétition, du vélo de montagne de compétition, et du karaté. (...) J'ai fait une carte de fête des pères... Elle est pas finie. « Quand je pense que tu pourrais encore rester en bas, mais que tu as décidé d'aller en haut. Ta petite doudoune ». Il m'appelait sa petite doudoune. (...) Moi la boîte à mon père, pis l'album photos, c'est sacré là ! Si quelqu'un pitcherait ça à terre là, j'serais, j'serais choquée là. C'est des souvenirs de mon père, pis là, t'sais, c'est vraiment important, t'sais c'est, c'est comme... C'est comme ma mère là ! (9 ans)

Au-delà des appuis externes qu'ils vont chercher dans leur entourage et dans le lien symbolique avec le défunt, les enfants ont également des ressources internes sur lesquelles ils peuvent miser pour composer avec la perte de leur parent. Ils adoptent des comportements ou des cognitions qui leur permettent de s'apaiser par eux-mêmes, notamment : jouer, pratiquer un sport ou faire des efforts cognitifs pour se distraire de leur détresse; se retirer pour se recentrer; ou avoir un discours interne réconfortant.

J'y pense pas quand je vais en vélo même si y'en faisait, parce que quand tu vas en vélo de montagne, là, ça, ça libère le stress. Ça fait du bien. Pis moi j'aime, j'aime ça, Ça fait du bien. Pis là des fois je dis à ma mère, ben je l'ai faite une fois ça, j'ai dit à ma mère: « Maman, j'm'en va en vélo, pis j'va faire un tour de pâté de maisons ». Des fois, ça fait du bien. (...) Faut que tu te trouves des trucs... pis, faut que t'aïlles chercher des moyens parce que sinon là, ça va être encore pire! (...) Des fois, je crie dans mon oreiller quand j'suis comme choquée, là. Ça m'aide. J'crie là, pis ça fait du bien, là. Ça soulage! (...) Me parler dans ma tête et me dire de belles choses, ça, des fois, je

fais ça pour m'endormir. J'me dis : t'sais, je suis pas la seule à vivre ça (9 ans)

Ben d'habitude j'essaye d'oublier qu'est-ce que je viens juste de faire pis que j'ai pleuré, pis... Ben, c'est peut-être de faire d'autres choses pour ignorer qu'est-ce que t'avais dans le cœur. (...) Je fais des jeux, pis je dessine. (9 ans)

Ben des fois c'est mieux de pas en parler. Si t'as de la peine, heu... des fois c'est mieux de pas n'en parler. (...) Je pense pas trop, trop à lui. Je pense, je pense plus à mes amis, à, à le monde que je connais. (8 ans)

Moi, habituellement j'essaie de pas y penser. Parce que sinon j'vas être comme ma mère, j'vas toujours penser à ça ! (12 ans)

[Ses conseils pour un autre jeune dans sa situation] J'y dirais: « Change-toi les idées » (...) Fait que si tu te dis : « Ah si mon père était là ça irait mieux... » (ton d'apitoiement). C'est pas bon. Pas de rester accrocher là-dessus. Une affaire par exemple qui est dure c'est faut, faut que tu te changes les idées, mais il faut pas que t'oublies là. (13 ans)

Ben souvent je vais m'enfermer dans ma chambre. À l'école je m'en vais dans le petit coin. (8 ans)

Je m'isole... Je relaxe. Je dépompe ! T'sais une bonne "Ffff..." (expiration) deux secondes là. (13 ans)

J'sais pas, j'essaie de faire d'autre, j'essaie de faire quelque chose, t'sais. (...) Je me dis de toute façon, t'sais, même si j'avais fait de quoi, il serait peut-être pas mort là, mais il serait peut-être mort plus tard. (12 ans)

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Les paroles des enfants rapportées dans le chapitre précédent suscitent différentes réflexions sur l'expérience de perdre un parent par suicide au cours de l'enfance et sur l'intervention auprès de cette population. Le présent chapitre se divise en six sections : la première consiste en une synthèse des résultats; la deuxième examine plus en profondeur certaines dimensions particulières du deuil des enfants ayant perdu un parent par suicide; la troisième traite de la résilience de ces enfants; la quatrième souligne les limites de cette étude; la cinquième suggère des pistes d'intervention pour accompagner ces enfants dans leur deuil et la sixième consiste en la conclusion cette thèse.

4.1 Synthèse des résultats

Le suicide du parent s'inscrit pour les enfants dans une série d'événements d'adversité. La perte du parent a été précédée, très souvent, d'autres événements de vie négatifs tels que la séparation parentale ou la détérioration de l'état de santé mentale du parent suicidaire. Par ailleurs, bien que la très grande majorité des parents présentaient un trouble psychiatrique, les enfants n'étaient pas conscients de la pathologie ainsi que de la détresse qui affligeaient leur père ou leur mère et ce, même s'ils avaient été témoins de manifestations pathologiques. Malgré leur état de santé mentale, plusieurs parents continuaient, au moins sur une base ponctuelle, à interagir positivement avec leur enfant, c'est-à-dire à lui manifester de l'affection, à jouer avec lui ou à le guider vers de nouveaux apprentissages. Ainsi, bien qu'ils aient été exposés aux fragilités de leur parent, les enfants maintenaient une image positive, voire idéalisée, de celui-ci. Dans ce contexte, aucun enfant n'avait anticipé le suicide de son parent. Plusieurs ignoraient l'existence du phénomène du suicide avant d'être confrontés au décès de leur parent. Ceux qui connaissaient cette réalité ne pouvaient considérer que leur parent pose un tel geste. Aucun enfant n'avait même envisagé la possibilité qu'un de leurs parents décède. Ils croyaient qu'eux et leurs proches étaient à l'abri de la mort.

Les enfants ont réagi à l'annonce du suicide par des réactions d'engourdissement, de confusion, de tristesse et de colère. Pour plusieurs enfants, la réalité du suicide du parent apparaît a priori insensée. Pour ceux qui ignoraient le phénomène du suicide, il

est contraire au bon sens et à la logique de la vie que des individus provoquent volontairement leur propre mort. Ils sont perplexes d'apprendre que certains puissent précipiter ce qui constitue pour la majorité une menace que l'on souhaite écarter. Il leur apparaît curieux de constater que la mort ne surgit pas toujours à notre insu et contre notre gré. Pour ceux qui connaissaient l'existence du phénomène du suicide, l'incongruité n'est pas moins grande puisqu'ils n'avaient jamais envisagé que leur parent aurait pu poser un tel geste. La réalité du suicide du parent est d'autant plus saisissante que l'enfant croyait que lui et sa famille étaient à l'abri de la mort.

Les enfants rapportent que des changements se sont opérés en eux depuis le suicide de leur parent et ont modifié leur perception d'eux-mêmes. Ils évoquent des sentiments dépressifs, de manque, de profonde tristesse, de culpabilité, de colère, d'abandon, de trahison et de désillusion face à la vie, de stigmatisation et d'isolement, d'anxiété ainsi que des idéations suicidaires et un affaiblissement de leurs capacités cognitives. En somme, l'image que l'enfant a de lui-même est modifiée suite au suicide de son parent.

Le mode de vie et l'environnement familial des enfants sont également chamboulés par le suicide du parent. Les enfants sont confrontés, notamment, à des changements relatifs à leur lieu d'habitation, à la constitution de la cellule familiale, à la routine familiale ainsi qu'aux rôles au sein de la famille.

Par ailleurs, le suicide met à l'épreuve l'image que l'enfant avait de son parent. L'enfant découvre son père ou sa mère sous un jour différent et moins reluisant que ce qu'il avait perçu jusqu'à maintenant. Soudainement, le parent ne représente plus une figure d'identification, toute-puissante et dévouée à ses enfants, mais incarne plutôt un être fragile, envahi par sa souffrance et désespéré. Les enfants essaient par divers moyens de réconcilier cette incompatibilité apparente entre une image idéalisée et une image abîmée de leur parent afin de préserver la représentation qu'ils avaient de leur père ou de leur mère. Concevant le suicide comme le fait d'initier intentionnellement sa propre mort pour se délivrer d'une souffrance, ils cherchent à comprendre la détresse de leur parent. Ils avancent diverses hypothèses pour éclaircir

les motifs ayant poussé leur parent à mettre fin à ses jours. Ils réexaminent leurs souvenirs à la recherche d'indices leur permettant de déceler dans l'après-coup un sentiment de détresse chez leur parent; un examen qui n'est pas sans susciter des sentiments de culpabilité, de tristesse, d'anxiété et de colère chez certains. En outre, ils se questionnent sur le sens du suicide; ils se demandent si la mort était l'unique issue ou s'il y avait d'autres alternatives. Certains enfants réfèrent au suicide comme l'unique issue pour s'affranchir d'une souffrance aiguë. Ils dépeignent la mort comme douce, prometteuse et libératrice. Celle-ci apparaît comme l'avenue à privilégier pour mettre fin à une souffrance intolérable. En se positionnant de la sorte face au geste suicidaire de son parent, l'enfant préserve une image positive de son père ou de sa mère : ce dernier est « bon », il a posé le « bon » geste. D'autres enfants adoptent une perspective plus critique à l'égard du geste de leur parent, estimant que le suicide n'était pas la solution optimale et déplorant même, dans certains cas, le manque de persévérance de leur parent dans un processus de recherche de solutions alternatives. Se positionner de la sorte exige de l'enfant de remettre en question l'image idéalisée de son parent et de se confronter aux limites, failles ainsi que vulnérabilités de son parent, un exercice qui peut être assez déroutant pour un enfant. Plusieurs enfants oscillent entre ces deux positions face au suicide.

Bien que les enfants soient significativement déstabilisés par le suicide de leur parent, ils disposent également de capacités de résilience. Ils recourent à différentes stratégies pour s'adapter à la perte de leur parent, notamment maintenir un lien symbolique avec le défunt, se confier à des personnes significatives ainsi que s'occuper dans des activités leur permettant de se distraire de l'impact de la perte. Malgré tous les bouleversements induits par le suicide de leur parent, plusieurs enfants rapportent continuer à jouer, à apprendre et à aimer comme leurs pairs. Certains soulignent même avoir retiré des leçons de vie de cette expérience.

4.2 Dimensions particulières du deuil des enfants ayant perdu un parent par suicide

L'expérience de deuil des enfants ayant perdu un parent par suicide comporte des dimensions particulières, bien qu'elles ne soient pas nécessairement exclusives à une

telle perte. La présente section examine certains des défis particuliers auxquels les enfants en deuil d'un parent décédé par suicide sont confrontés, c'est-à-dire : l'exposition à des expériences d'adversité antérieures au suicide, le caractère soudain de la perte, la blessure narcissique, la « désidéalisation » du parent, l'atteinte au sentiment de sécurité et de confiance de l'enfant, le sens du suicide du parent ainsi que le climat de silence. Cette section se clôture par une synthèse des défis particuliers posés aux enfants par le suicide d'un des parents.

4.2.1 Exposition à des expériences d'adversité antérieures au suicide

La littérature scientifique révèle que la majorité des individus décédés par suicide souffraient de troubles psychiatriques et qu'un événement majeur, souvent une rupture amoureuse, a agi comme déclencheur de l'acte suicidaire (Lesage, Boyer, Grunberg, Vanier, Morissette, Ménard-Bluteau & Loyer, 1994; Tousignant, Séguin, Lesage & Turecki, 2004). Si le suicide s'inscrit, pour le suicidaire, dans une histoire d'expériences d'adversité, il s'inscrit également, pour l'enfant, dans cette même séquence. En effet, très souvent les enfants ont été exposés, du moins indirectement, aux facteurs d'adversité qui ont précipité le passage à l'acte du parent, notamment la séparation conjugale ou l'aggravation de l'état de santé mentale du parent. D'ailleurs, en comparant l'histoire de vie d'enfants ayant perdu un parent par suicide à celle d'enfants ayant perdu un parent décédé autrement que par suicide, Cerel et al. (2000) constatent que les premiers ont été davantage exposés avant le décès à des facteurs d'adversité que les seconds. En somme, les enfants endeuillés par suicide semblent déjà fragilisés avant que ne se produise le suicide de leur parent. Cette fragilisation colore certainement la façon dont ces enfants abordent la perte de leur parent. Ils doivent faire face au défi particulier de s'adapter successivement à des stress familiaux majeurs ainsi qu'au décès soudain de leur parent.

4.2.2 Caractère soudain de la perte

L'annonce du suicide du parent est reçue comme un choc par les enfants. Ils n'avaient nullement anticipé la mort de leur parent et encore moins son suicide, un phénomène dont plusieurs ignoraient même l'existence et qui, pour plusieurs,

apparaissait a priori insensé. En effet, les enfants conçoivent généralement qu'on meurt vieux ou tué, mais pas des suites d'un acte auto-infligé volontairement (Hanus & Sourkes, 2002; Normand & Mishara, 1992). Contrairement à d'autres formes de décès, les enfants endeuillés par suicide n'ont pas eu l'occasion d'anticiper la perte de leur parent et d'amorcer leur deuil avant le décès. Ils n'ont pas pu faire d'adieux à leur parent; la relation qui les unissait avec leur parent est interrompue brusquement et sans préavis.

4.2.3 Blessure narcissique

L'enfant se construit une identité et un sentiment de valeur personnelle à partir du regard que ses parents portent sur lui. À cet effet, Winnicott (1971) met en évidence comment le bébé se forme un sentiment de soi en se voyant dans le « regard-miroir » de sa mère. Pour nourrir son désir de vivre et pour concevoir sa valeur, l'enfant a besoin de sentir qu'il existe dans le désir de ses parents (Dolto, 1981; Freud, 1914/1969; Miller, 1983; Winnicott, 1971). Le désir de vivre de l'enfant se fonde sur le désir de ses parents à son endroit. Pour se développer sainement, l'enfant a besoin d'avoir la certitude d'être important pour ses parents. Il se pense « bien » s'il sent que ses parents le considèrent comme « bien »; il s'estime aimable s'il se sent aimé. Le narcissisme de l'enfant, à savoir sa capacité à s'aimer, prend ainsi naissance dans sa relation à ses parents et, plus particulièrement, dans le fait d'avoir été aimé comme il est, quoiqu'il fasse ou dise.

Or, le suicide du parent porte atteinte à cette certitude de l'enfant de compter pour ses parents ainsi que d'être aimé et aimable. Son parent a posé délibérément un geste qui met définitivement terme à la relation qui l'unissait avec lui. L'enfant est confronté au fait que son existence n'était pas suffisante au bonheur et au désir de vivre de son parent. Le suicide du parent met à l'épreuve l'illusion de toute-puissance de l'enfant; l'enfant constate qu'il n'a pas eu le pouvoir de garder son parent en vie. Ainsi, le suicide du parent constitue une blessure narcissique importante dans une période du développement où l'enfant a besoin, pour se construire psychiquement, de sentir qu'il compte pour autrui, particulièrement pour ses parents et qu'il a un certain

pouvoir sur son environnement. L'estime de soi de l'enfant peut ainsi être abîmée par cet aspect intentionnel de la mort par suicide. En outre, cette confrontation avec le caractère volontaire du décès par suicide contribue à l'émergence de sentiments dépressifs, de profonde tristesse, de colère, d'abandon, de trahison, de désillusion, de culpabilité et d'anxiété chez les enfants.

L'enfant qui perd un parent par suicide est blessé narcissiquement au moment de son développement où s'édifie son identité. Le défi de taille qui se pose à lui est de reconnaître sa propre valeur, de se construire une image positive de lui-même alors qu'il décrypte le message contraire dans l'acte suicidaire de son parent. Cet enjeu est crucial considérant que l'amour de soi influence la capacité de se réaliser et de tisser des liens significatifs avec autrui.

4.2.4 « Désidéalisation » du parent

Si le suicide du parent amène l'enfant à remettre en question son image de lui-même, il l'amène également à réviser sa perception de son parent. Dans le cours du développement normal, les enfants tendent à percevoir leurs parents comme omnipotents, irréprochables et exemplaires (Freud, 1909/1973; Kohut, 1977). La dépendance totale de l'enfant à l'endroit de ses parents est à la source de cette idéalisation. Ce fantasme de la toute-puissance des parents est sécurisant et structurant pour l'enfant. L'enfant voit en ses parents des figures sur lesquelles il peut s'appuyer et des modèles auxquels il peut s'identifier.

L'image idéalisée que l'enfant avait de son parent ainsi que les attentes et espoirs qu'il nourrissait à son endroit s'écroulent avec le suicide. Ce dernier se révèle, soudainement, non plus comme solide, exemplaire et bienveillant, mais comme fragile, démuné et habité par une certaine violence. L'enfant se retrouve confronté à la vulnérabilité de celui qu'il idéalisait et auquel il s'identifiait. En outre, il se retrouve devant un paradoxe: son parent censé le protéger, le guider et l'outiller pour faire face à la vie n'a pas su prendre soin de lui-même. Au contraire, il a posé délibérément un geste irréversible qui plutôt que d'être favorable à l'enfant lui fait du tort. Celui que l'enfant regardait comme un modèle marque, par son geste suicidaire, son sentiment

d'être dépassé et son impuissance. Les certitudes, illusions et espoirs de l'enfant à propos de son parent, et potentiellement des adultes en général, volent en éclats.

L'enfant est confronté au contraste existant entre l'image du parent idéalisé et celle du parent réel. Il est exposé au défi de réviser sa représentation de son parent et de renoncer à l'image du parent idéalisé. Il est précipité brusquement dans une tâche développementale pour laquelle il n'est pas outillé. Dans le cadre du développement normal, ce n'est habituellement que vers la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte que s'amorce ce travail graduel de renonciation à l'image du parent idéalisé (Viorst, 1986). Qui plus est, cet exercice est des plus déroutants pour l'enfant puisqu'il menace la seule trace qui subsiste de son parent à un moment où il a tant besoin de s'appuyer sur une image interne structurante de ce dernier qui soit positive et stable. Les enfants tentent donc par divers moyens de préserver l'image positive, voire idéalisée, qu'ils s'étaient forgés de leur père ou de leur mère et de la réconcilier avec l'acte suicidaire. Cette situation peut être à la source d'un clivage chez l'enfant dans la façon de se représenter le parent.

4.2.5 Atteinte au sentiment de sécurité et de confiance de l'enfant

Cette désillusion par rapport au parent se répercute sur le sentiment fondamental de sécurité et de confiance de l'enfant. En qui, et comment, peut-il désormais avoir confiance? Qui va le protéger et agir de façon bienveillante à son égard? Sur qui peut-il se fier, si ce n'est pas sur ses propres parents? Qui prend à cœur de prendre soin de lui? En outre, cette prise de conscience de la vulnérabilité du parent renvoie l'enfant à sa propre vulnérabilité. Si son parent, pourtant si solide, a été incapable de composer autrement avec sa souffrance qu'en se suicidant, comment va-t-il réussir à faire face à la souffrance humaine? Va-t-il, lui aussi, devoir précipiter sa propre mort? Le suicide du parent repousse les limites de l'impossible; tout autre drame devient possible, notamment la mort d'autres personnes aimées ainsi que sa propre mort. L'autre parent se suicidera-t-il à son tour? Peut-il encore faire confiance à son parent survivant? Est-il, lui aussi, porteur de la même maladie psychiatrique que son parent

ou affligé de la même détresse? Est-il voué au suicide? Tous ces questionnements sont susceptibles de susciter des réponses anxieuses et dépressives chez l'enfant.

4.2.6 Sens du suicide du parent

Les enfants sont perplexes devant le suicide de leur parent. Il est difficile pour eux de construire un sens à ce geste d'autodestruction de leur père ou de leur mère. Ils adoptent différentes positions face au geste fatal de leur parent : tantôt ils le valident, tantôt ils le sanctionnent. Plusieurs sont ambivalents et oscillent entre ces deux positions.

En reconnaissant la solution préconisée par leur père ou leur mère comme une option acceptable, les enfants nourrissent l'idée que leur parent est irréprochable. Ce besoin des enfants de conserver une image positive de leur parent peut les amener à porter un jugement favorable sur l'acte suicidaire de leur père ou de leur mère, voire sur le phénomène du suicide en général. Les enfants qui conçoivent, ou se convainquent, que le suicide était l'unique option qui se présentait à leur parent estiment que ce dernier était aux prises avec un sentiment de détresse dont il ne pouvait se libérer autrement; la mort étant conçue par ces enfants comme une délivrance. Une telle conception de la souffrance, de la mort et du suicide est préoccupante et ce, d'autant plus que les membres de familles de suicidés sont statistiquement plus à risque de se suicider que les membres de familles dans lesquelles il n'y a pas eu de suicide (Brent et al. 2002, 2003; Kim et al., 2005; Runeson & Asberg, 2003; Qin et al., 2002, 2003). N'existe-t-il pas le danger que ces enfants perçoivent le suicide comme unique solution à une souffrance aiguë, comme le suggère cette analogie, faite par un enfant, entre le suicide chez l'humain et l'euthanasie chez l'animal ? Qu'est-ce qui ancre ces enfants à la vie s'ils perçoivent qu'un monde parallèle où il fait meilleur vivre, et où se trouve par surcroît leur parent manquant, s'offre à eux ? On peut croire que le fait, pour l'enfant, de se représenter le suicide comme une option acceptable constitue un facteur de risque suicidaire. Certes, il est possible qu'en gagnant en maturité, l'enfant révise sa position par rapport au geste suicidaire de son parent et, par le fait même, par rapport au phénomène du suicide, mais il est aussi possible que sa

représentation actuelle du suicide colore sa conception future de la souffrance, de la vie et de la mort.

Subissant les contrecoups du suicide, les enfants peuvent difficilement être totalement en accord avec le geste de leur parent. Plusieurs estiment qu'il existe des alternatives au suicide. Ce regard plus critique sur le suicide du parent peut exacerber la détresse de l'enfant, notamment sa colère à l'égard du défunt, sa tristesse, son sentiment d'abandon et d'injustice (i.e. lui ne souffre plus, mais maintenant je souffre). Porter un regard critique sur son parent, qui a jusqu'alors été perçu comme tout-puissant et exemplaire, place l'enfant dans une position inconfortable et déstabilisante. Les rôles sont inversés : lui, l'enfant, sanctionne le comportement de son parent. Ces enfants endeuillés se retrouvent, d'ailleurs, dans une situation paradoxale : ils sont appelés à trouver des moyens pour dépasser leur chagrin, à persévérer là où ils estiment que leur père ou leur mère a démissionné. Pour composer avec la blessure de la perte, certains enfants recourent même à des stratégies que leur parent aurait pu utiliser, mais n'a pas utilisées, pour moduler sa propre souffrance.

Plusieurs facteurs influencent certainement la position que l'enfant adopte face au suicide de son parent. Au-delà des facteurs affectifs évoqués (i.e. besoin de préserver une image positive du parent, capacité de renoncer à l'image idéalisée du parent), des facteurs développementaux et sociaux peuvent aussi être soulignés. La position que l'enfant adopte face au geste de son parent est probablement fonction de son niveau de développement cognitif et du stade auquel il se situe dans son deuil. En l'absence d'études longitudinales incluant un échantillon de taille suffisamment grande, il est impossible de connaître la portée de l'influence de ce facteur sur la façon dont l'enfant se représente le suicide de son parent. En outre, le discours de l'enfant par rapport au suicide de son parent est certainement teinté par les dires des membres de son entourage. L'éducation religieuse et l'éducation à la mort reçues par l'enfant peuvent aussi colorer sa vision de la mort et, par conséquent, influencer sa position face au suicide de son parent. En effet, la mort est souvent expliquée aux enfants par des euphémismes ou des explications enjolivées, une pratique qui peut alimenter une

représentation idéalisée de la mort et par conséquent inciter l'enfant à porter un jugement favorable sur l'option suicide du parent.

En somme, les enfants endeuillés par suicide sont confrontés à des questionnements existentiels sur le sens de la souffrance, de la vie et de la mort pour tenter de donner un sens au décès de leur parent.

4.2.7 Climat de silence

Un climat de silence règne dans certaines familles touchées par le suicide. Le tabou entourant le suicide, le malaise associé à la mort ainsi que la douleur causée par la perte contribuent, notamment, à l'instauration de ce climat de silence. Certains enfants sont donc laissés sans interlocuteurs pour discuter du décès de leur parent puisque les adultes de leur entourage sont inconfortables ou dépourvus de moyens pour aborder le suicide avec l'enfant ou encore sont débordés par leur propre détresse. Ces enfants sont isolés à l'intérieur même de leur famille, ils sont laissés à leurs fantaisies et à leurs questionnements. Il y a peu d'espace pour que ces enfants partagent leur chagrin, leurs questions et leurs réflexions au sujet du suicide. Certains se retrouvent même dans une situation où les rôles sont inversés : ils protègent leur parent de leur propre chagrin. Cette dimension a peu été évoquée par les enfants ayant participé à la présente thèse, sans doute puisque les familles les plus touchées par cette conspiration du silence n'ont pas accepté de participer à cette étude.

Ce climat de silence qui caractérise la dynamique de certaines familles touchées par le suicide d'un proche pose un défi particulier aux enfants. Ils doivent accomplir leur travail de deuil et donner un sens au suicide de leur parent sans disposer des éléments de réalité nécessaires à cette tâche.

4.2.8 Synthèse des défis particuliers posés aux enfants par le suicide d'un des parents

Le suicide d'un des parents ébranle l'univers de sens des enfants. Les certitudes de ces derniers à propos de la vie, de leurs parents ainsi que de leur propre personne sont

chamboulées à une période de leur développement où ils ont tant besoin de points d'ancrage solides. Ils tentent de donner un sens à cette expérience a priori insensée et de se reconstruire de nouveaux repères. En somme, ils tentent de créer un peu de continuité à travers l'ensemble des discontinuités auxquelles ils sont confrontés.

Wright & Partridge (1999) conceptualisent le suicide d'un parent comme une forme d'abus ou de négligence parentale. En se suicidant, le parent fait violence à son enfant, il néglige de considérer ses besoins ainsi que les répercussions de son geste sur ce dernier. Les défis que pose le suicide d'un parent aux enfants ne sont effectivement pas sans rappeler les enjeux auxquels les enfants négligés ou abusés par un parent sont confrontés.

Bien que certaines des dimensions soulevées dans la présente section ne soient pas exclusives à l'expérience des enfants endeuillés par suicide, elles constituent certainement des défis particuliers pour ces enfants. En outre, elles contribuent certainement à expliquer certaines des différences observées dans les études antérieures (Cerel et al., 1999; Pfeffer et al., 2000) entre le deuil consécutif à une perte par suicide et le deuil consécutif à une perte causée par une autre forme de décès.

4.3 Résilience

La perte d'un parent par suicide au cours de l'enfance consiste certes en un stress majeur et peut même, dans certaines conditions, compromettre le développement psychoaffectif de l'enfant (Cain & Fast, 1966; Dorpat, 1972; Pfeffer, 1981). Par ailleurs, plusieurs enfants affectés par le suicide d'un parent disposent d'importantes capacités de résilience qui leur permettent de s'adapter à la perte et même de continuer à se développer normalement. En effet, plusieurs de ces enfants sont très fonctionnels dans leurs milieux familial, scolaire et social. Ils continuent de jouer, d'apprendre et d'entrer en relation avec autrui. En outre, plusieurs entretiennent un lien symbolique avec leur parent décédé : ils pensent à lui, rêvent à lui, s'entourent d'objets l'évoquant ou encore s'adressent à lui. Selon les auteurs de la « nouvelle vague » des théories du deuil (Attig, 1996; Gilbert, 1996; Hagman, 2001; Neimeyer,

2001a, 2001b), le fait de demeurer symboliquement en lien avec le défunt est un mouvement sain chez l'endeuillé. Pour ces théoriciens, la recherche de continuité est au centre de l'expérience de deuil et, en ce sens, maintenir un lien symbolique avec le disparu contribue à une résolution saine du deuil. Enfin, certains enfants soulignent même avoir retiré des leçons de vie positives de cette expérience de perte, une constatation qui contribue probablement à donner un sens à cette expérience de perte.

En somme, s'il se distingue, du moins qualitativement, d'autres formes de deuil, le deuil consécutif au suicide d'un parent n'est pas pour autant toujours pathologique. De même, si le fait de perdre un parent par suicide est une expérience hautement déstabilisante et douloureuse, elle n'est pas nécessairement paralysante. Les études antérieures (Shepherd & Barraclough, 1976; Grossman et al., 1995; Pfeffer et al., 1997; Cerel et al., 1999; Sethi & Bhargava, 2003) démontrent d'ailleurs clairement que ce ne sont pas tous, ni même la majorité, des enfants endeuillés par suicide qui présentent des symptômes psychiatriques.

4.4 Limites de l'étude

Cette étude présente des limites qui, pour la plupart, sont attribuables à sa visée exploratoire. D'abord, en raison de la petite taille et de la nature non probabiliste de l'échantillon, il est possible que les enfants interrogés ne soient pas représentatifs de l'ensemble des enfants endeuillés suite au suicide d'un parent. Par exemple, seuls des enfants ayant été avisés de la nature du décès de leur parent ont participé à l'étude. En effet, l'échantillon n'incluait aucun enfant qui n'avait pas été informé de la véritable nature du décès de son parent, une réalité pourtant répandue selon notre expérience clinique. Le fait que l'échantillon ne soit pas représentatif de l'ensemble de la population des enfants ayant perdu un parent par suicide limite le potentiel de généralisation des résultats. Par ailleurs, comme la visée de cette recherche est exploratoire, elle ne permet pas d'estimer dans quelle proportion un aspect de l'expérience des enfants de l'échantillon est fréquent ou non. De plus, considérant l'absence de groupe comparatif, cette étude ne permet pas de savoir si certaines des dimensions du vécu des enfants sont spécifiques à la perte d'un parent par suicide ou communes à d'autres types de perte parentale durant l'enfance. En outre, le recours à

une entrevue unique comme mode d'enquête ne permet pas de cerner complètement l'expérience des enfants endeuillés puisque le deuil est un processus qui se déploie dans le temps. Enfin, dans la présente étude, l'expérience des enfants a été décortiquée en différentes dimensions et leur discours a été présenté à partir de coupes transversales. Bien que cette procédure soit pertinente à des fins de synthèse et de communication, cette forme de découpage est réductrice, car elle ne permet pas de traduire la complexité et la singularité du vécu de chacun de ces enfants.

4.5 Pistes d'intervention

Des pistes d'intervention découlant de la présente étude et de la littérature peuvent être proposées pour soutenir les enfants endeuillés suite au suicide d'un parent.

D'abord, à l'instar de Cain (2002) ainsi que de Hanus et Sourkes (2002), il apparaît indiqué de révéler aux enfants la vérité sur le suicide de leur parent. Il importe de leur fournir des explications sur la nature et les circonstances du décès qui soient franches, mais qui concordent avec leur niveau de développement. La psychanalyste Françoise Dolto (1987) insistait sur l'importance de « parler vrai » à l'enfant en toutes circonstances :

J'espère faire comprendre ainsi le rôle du « parler vrai », le vrai tel que ces adultes le communiquent à des enfants qui, non seulement le désirent inconsciemment, mais ont besoin de la vérité et y ont droit, même si leur désir conscient lorsqu'ils s'expriment en parole, à l'invitation des adultes, préfère le silence trompeur qui génère l'angoisse, à la vérité souvent douloureuse à entendre mais qui, si elle est parlée et dite de part et d'autre, permet au sujet de s'en construire et de s'en humaniser. (p. 8)

Dans le cas d'un suicide, il peut être tentant de vouloir camoufler ou taire à l'enfant la réelle nature du décès de son parent afin de l'épargner du caractère violent et volontaire de cette mort. Or, cette option emmure l'enfant dans un silence et dans une ignorance qui l'empêchent d'accomplir son travail de deuil. En outre, l'enfant se retrouve abandonné à ses fantaisies, lesquelles sont parfois nettement plus confondantes que la réalité. Plus que le suicide du parent en soi, le silence qui empêche l'enfant de métaboliser cette perte peut être dévastateur. La psychanalyste

Ginette Raimbault (2004) met l'emphasis sur l'importance de dire la mort pour ne pas créer un vide dans la vie psychique de l'enfant. C'est en mettant en mots la mort et le suicide que l'enfant peut intégrer cette perte à son histoire de vie et ainsi accomplir son travail de deuil.

Il ne suffit pas d'expliquer le suicide aux enfants, mais il importe aussi d'accueillir leurs réactions à cette perte. Parler honnêtement aux enfants contribue, notamment, à créer un espace d'ouverture qui les incite à partager leurs réactions. Par ailleurs, il est souvent nécessaire d'aider les enfants à décoder et à mettre en mots leur expérience affective.

Aussi, il apparaît essentiel d'offrir à ces enfants des repères stables et inviolables, notamment un cadre de vie le plus consistant et chaleureux possible et qui se rapproche, en ce sens, de celui qu'ils connaissaient avant le suicide. Ces enfants en perte de repères ont besoin de sentir que leur vie est empreinte d'une certaine continuité et qu'elle n'a pas été dévastée en totalité par le suicide de leur parent.

De plus, il est nécessaire de soutenir ces enfants dans leur effort pour construire un sens au suicide de leur parent. Ils ont besoin d'intégrer le geste suicidaire de leur parent à l'image qu'ils se sont construite de celui-ci. Pour ce faire, ils ont besoin d'explorer la représentation qu'ils s'étaient faite de leur parent et de la remanier pour y intégrer la réalité de la vulnérabilité et de la détresse de leur parent. Cet effort d'exploration et de reconstruction de la représentation parentale peut s'avérer hautement anxiogène pour l'enfant puisqu'il menace les dernières traces du défunt, à savoir l'image intériorisée que l'enfant conserve de son parent. Cette remise en question de l'image parentale menace aussi l'identité de l'enfant, considérant que celle-ci se construit à partir, entre autres, du regard que les parents portent sur leur enfant. Une attention particulière devrait d'ailleurs être portée pour soutenir chez l'enfant la construction d'une image de soi positive.

Par ailleurs, il est important que l'enfant soit accompagné pour qu'il soit en mesure de porter un certain regard critique sur le geste suicidaire de son parent afin de prévenir qu'il envisage le suicide comme une option. On peut croire que l'enfant

qui continue de considérer son parent ainsi que ses faits et gestes comme exemplaires sera plus enclin à imiter le comportement suicidaire parental dans une situation de détresse que celui qui critique le geste suicidaire de son parent. Il semble donc indiqué d'amener ces enfants à questionner le regard qu'ils portent sur la souffrance, sur la mort et sur le suicide. Il faut les sensibiliser au fait qu'ils peuvent agir sur leur souffrance sans que cela soit au prix de leur vie. Aussi, il importe de les aider à renforcer leurs mécanismes adaptatifs et à en développer de nouveaux qui leur permettent de faire face à l'adversité, de moduler leur détresse, voire de transformer leur souffrance de destructrice à mobilisatrice. De même, il semble indiqué de discuter de la mort avec eux de façon plus nuancée, en abordant notamment le mystère qui l'entoure.

En outre, il est important d'aider ces enfants à développer des moyens pour composer avec l'absence de leur parent décédé. Par l'intermédiaire de ses rêveries et de ses souvenirs, l'enfant peut se construire un espace interne où il pourra évoquer le parent perdu et maintenir ainsi avec lui un lien symbolique. Conserver un lien avec son parent décédé contribue à créer de la continuité dans l'histoire de l'enfant.

Enfin, il importe de questionner le regard que nous, adultes, posons sur ces enfants. Notre désir de vouloir tenir les enfants à l'abri des stress majeurs nous amène probablement à sous-estimer les capacités de résilience de ces enfants. Certes, le suicide d'un parent est une expérience grave, déroutante et hautement stressante; cependant, plusieurs enfants disposent de ressources personnelles leur permettant de rebondir devant cette expérience d'adversité. Il est important de poser un regard complet sur ces enfants qui prenne en considération leur capacité de résilience.

4.6 Conclusion

La contribution principale de cette thèse consiste à avoir étudié l'expérience de perdre un parent par suicide durant l'enfance à travers le regard des enfants. Cette étude est la première, à notre connaissance, à donner une voix aux enfants ayant perdu un parent par suicide afin de traduire la façon dont ils se représentent et vivent cette expérience de perte. Les études qui avaient été réalisées jusqu'à ce jour dans ce

champ d'étude avaient abordé dans une perspective quantitative la symptomatologie psychiatrique ainsi que les réactions comportementales et émotives de ces enfants. Cette recherche, à notre connaissance, est la première à s'inscrire dans une perspective qualitative et à se pencher sur la façon dont les enfants appréhendent subjectivement le suicide de leur parent au cours des deux premières années suivant la perte. Ainsi, en s'intéressant aux résonances subjectives du suicide d'un parent sur la vie psychique de l'enfant, cette thèse élargit notre compréhension des implications du suicide d'un parent pour les enfants et, par conséquent, enrichit notre réflexion pour l'intervention auprès de cette population. En effet, cette étude est la première à faire ressortir comment le suicide d'un parent est vécu par les enfants comme une expérience de rupture de sens et à quel point les illusions et repères de ces derniers par rapport à la vie, à leur parent et à eux-mêmes sont ébranlés. Les enfants cherchent par divers moyens à donner un sens à cette expérience de perte et à intégrer de façon cohérente le suicide de leur parent à leur perception du monde et de leur famille. Cette quête de sens s'avère des plus déroutantes pour les enfants puisqu'elle menace leur sentiment de sécurité, leur perception de leur valeur personnelle ainsi que l'image qu'ils avaient de leur parent. Les enfants ayant perdu un parent par suicide sont ainsi confrontés à des défis développementaux particuliers. Par ailleurs, cette thèse souligne aussi l'existence de ressources adaptatives chez les enfants. Un soutien psychothérapeutique permettant d'accompagner les enfants dans la négociation des défis qui se présentent à eux et de les soutenir dans leur capacité de résilience est donc recommandé. Enfin, il serait pertinent que de futurs travaux de recherche étudient dans une perspective longitudinale l'évolution des différentes dimensions de l'expérience de deuil des enfants ayant perdu un parent par suicide. En outre, il serait intéressant d'examiner comment les différents aspects de l'expérience de deuil de ces enfants influencent la résolution de leur deuil.

RÉFÉRENCES

- Adam, K., Bouckoms, A., & Streiner, D. (1982). Parental loss and family stability in attempted suicide. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1081-1085.
- Aldred, P. (1998). Ethnography and discourse analysis : Dilemmas in representing the voices of children. Dans J. Ribbens, & R. Edwards (Éds), *Feminist dilemmas in qualitative research : Public knowledge and private lives* (pp. 147-170). London : Sage.
- Altschul, S. (1988). *Childhood bereavement and its aftermath*. Madison, CT : International Universities Press.
- Amato, P. R., & Ochiltree, G. (1987). Interviewing children about their families : A note on data quality. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 669-675.
- Anthony, E. J. (1974). Un modèle hypothétique d'étude des familles. Dans E. J. Anthony, & C. Koupernik (Éds), *L'enfant dans la famille : Vol. 2* (pp. 3-18). Paris : Masson et cie.
- Asgard, U., & Carlsson-Bergström, M. (1991). Interviews with survivors of suicides: Procedures and follow-up of interview subjects. *Crisis*, 12 (1), 21-33.
- Attig, T. (1996). *How we grieve : Relearning the world*. New York : Oxford.
- Bacqué, M-F., & Hanus, M. (2000). *Que sais-je ? Le deuil*. Paris : P.U.F.
- Baker, J. E., Sydney, M. A., & Gross, E. (1992). Psychological tasks for bereaved children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 105-116.
- Birtchnell, J. (1972). Early parent death and psychiatric diagnosis. *Social Psychiatry*, 7, 202-210.
- Bourdon, S. (2001). *Le logiciel d'analyse de données qualitatives QSR NVivo : cahier d'accompagnement*. Sherbrooke, Qc : Université de Sherbrooke.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Ste-Foy, Qc : Presses de l'Université du Québec.
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 9-52.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 317-340.
- Bowlby, J. (1963). Pathological mourning and childhood mourning. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 500-541.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol 2. Separation : Anxiety and anger*. London : Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3. Loss, sadness, and depression*. New York : Basic Books.
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B., Bridge, J., Ellis, S., Salazar J. O., & Mann, J. J. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt : Risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives of General Psychiatry*, 59 (9), 801-807.
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B., Firinciogullari, S., Ellis, S. P., & Mann, J.J. (2003). Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with sibling concordant for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 160 (8), 1486-93.
- Britten, N. (1995). Qualitative research : Qualitative interviews in medical research. *British Medical Journal*, 311, 251-253.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Bifulco, A. (1986). Long-term effects of early loss of parent. Dans M. Rutter, C. E. Izard, & P. Read (Éds), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives* (pp. 251-297). New York : Guilford Press.
- Brown, G. W., Harris, T., & Copeland, J. R. (1977). Depression and loss. *British Journal of Psychiatry*, 130, 1-18.
- Brown, E. J., & Goodman, R. F. (2005). Childhood traumatic grief : An exploration of the construct in children bereaved on september 11. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (2), 248-259.
- Cain, A. C., & Fast, I. (1966). Children's disturbed reactions to parent suicide. *American Journal of Orthopsychiatry*, 36, 873-880.
- Cain, A. C., & Fast, I. (1972). Children's disturbed reactions to parent suicide : Distortions of guilt, communication, and identification. Dans A. C. Cain (Éd.), *Survivors of suicide* (93-142). Springfield, IL : Charles C. Thomas.
- Cain A. C. (2002). Children of suicide : The telling and the knowing. *Psychiatry*, 65 (2), 124-136.
- Carter, B. F., & Brooks, A. (1991). Child and adolescent survivors of suicide. Dans A. Leenaars (Éd.), *Life span perspectives of suicide* (pp. 231-258). New York: Plenum.

- Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B., & Weller, R. A. (1999). Suicide-bereaved children and adolescents : A controlled longitudinal examination. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (6), 672-679.
- Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B., & Weller, R. A. (2000). Suicide-bereaved children and adolescents : II. Parental and family functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (4), 437-444.
- Charmaz, K. (2002). Qualitative interviewing and grounded theory analysis. Dans J. F. Gubrium, & J. A. Holstein (Éds), *Handbook of interview research : Context & method* (pp. 675-693). London : Sage.
- Cheifetz, P. N., Stravarakakis, G., & Lester, E. P. (1989). Studies of the affective state in bereaved children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 688-692.
- Coddington, R. D. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children – A survey of professional workers. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 7-18.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Greenberg, T., Padlo, S., & Shipley, C. (2002). Childhood traumatic grief : Concepts and controversies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3 (4), 307-327.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief : A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (10), 1225-1233.
- Cook, A. S., & Bosley, G. (1995). The experience of participating in bereavement research : Stressful or therapeutic? *Death Studies*, 19, 157-170.
- Crook, T., & Raskin, A. (1975). Association of childhood loss with attempted suicide and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(2), 227.
- Dalke, D. (1994). Therapy-assisted growth after parental suicide : From a personal and professional perspective. *Omega*, 29 (2), 113-151.
- Davies, D., & Dodd, J. (2002). Qualitative research and the question of rigor. *Qualitative Health Research*, 11, 279-289.
- Deatrick, J., & Faux, S. (1991). Conducting qualitative studies with children and adolescents. Dans J. Morse (Éd.), *Qualitative nursing research : A contemporary dialogue* (pp. 202-223). Newbury Park, CA : Sage.

- Deatrick, J. A., & Ledlie, S. W. (2000). Qualitative research interviews with children and their families. *Journal of Child and Family Nursing*, 3(2), 152-158.
- Demi A. S., & Howell, C. (1991). Hiding and healing : Resolving the suicide of a parent or sibling. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, 350-356.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill.
- Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Éds), *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-111). Boucherville, Qc : Gaëtan Morin.
- Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12-22.
- Docherty, S., & Sandelowski, M. (1999). Focus on qualitative methods : Interviewing children. *Research in Nursing & Health*, 22, 177-185.
- Dolto, F. (1981). *Au jeu du désir*. Paris : Seuil.
- Dolto, F. (1987). *Tout est langage*. Paris : Gallimard.
- Dorpat, T. L. (1972). Psychological effects of parental suicide on surviving children. Dans A. C. Cain (Éd.), *Survivors of suicide* (pp. 121-142). Springfield, IL : Thomas.
- Dowdney, L. (2000). Annotation : Childhood bereavement following parental death. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 819-830.
- Dowdney, L., Wilson, R., Maughan, B., Allerton, M., Schofield, P., & Skuse, D. (1999). Bereaved children : Psychological disturbance and service provision. *British Medical Journal*, 319, 354-357.
- Drapeau, M., & Letendre, R. (2001). Quelques propositions inspirées de la psychanalyse pour augmenter la rigueur en recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 22, 73-92.
- Dunne-Maxim, K., Dunne, E. J., & Hauser, M. J. (1987). When children are suicide survivors. Dans E. J. Dunne, J. L. McIntosh, & K. Dunne-Maxim (Éds), *Suicide and its aftermath* (pp. 234-244). New York : W.W. Norton.
- Eder, D., & Fingerson, L. (2002). Interviewing children and adolescents. Dans J. F. Gubrium, & J. A. Holstein (Éds), *Handbook of interview research : Context & method* (pp. 181-201). London : Sage.

- Elizur, E., & Kaffman, M. (1983). Factors influencing the severity of childhood bereavement reactions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 668-676.
- Faux, S. A., Walsh, M., & Deatricks, J. A. (1988). Intensive interviewing with children and adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, 10 (2), 180-194.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York : Norton.
- Fleming, J., & Altschul, S. (1963). Activation of mourning and growth by psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 44, 419-431.
- Fontana, A. (2002). Postmodern trends in interviewing. Dans J. F. Gubrium, & J. A. Holstein (Éds), *Handbook of interview research : Context & method* (pp. 161-176). London : Sage.
- Fontana, A., & Frey, J. H. (2000). The interview. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Éds), *Handbook of qualitative research* (pp. 645-672). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Freud, A. (1960). Discussion of Dr. John Bowlby's paper. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 53-62.
- Freud, S. (1969). Pour introduire le narcissisme. Dans D. Berger, J. Laplanche et collaborateurs (Éds et trad), *La vie sexuelle* (pp. 81-105) Paris : Presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1914)
- Freud, S. (1973). Le roman familial du névrosé. Dans J. Laplanche (Éd. et trad.), *Névrose, psychose et perversion* (pp. 157-160). Paris : Presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1909)
- Freud, S. (1980). Deuil et mélancolie. Dans A. Dalloz-Bourguignon, & P. Cotet (Éds et trad.), *Œuvres complètes* (Vol. XIII, pp. 261-278). Paris : Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1917)
- Fristad, M. A., Jedel, R., Weller, R. A., & Weller, E. B. (1993). Psychosocial functioning in children after the death of a parent. *American Journal of Psychiatry*, 150, 511-513.
- Furman, R. (1964). Death and the young child : Some preliminary considerations. *Psychoanalytic Study of the Child*, 19, 321-333.
- Furman, R. A. (1974). Aptitude de l'enfant au deuil. Dans E. J. Anthony, & C. Koupernik (Éds), *L'enfant dans la famille : Vol. 2* (pp. 182-186). Paris : Masson et cie.

- Garmezy, N., & Rutter, M. (1983). *Stress, coping, and development in children*. New York : McGraw-Hill.
- Gilbert, K. R. (1996). « We've had the same loss, why don't we have the same grief? » Loss and differential grief in families. *Death Studies*, 20, 269-284.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *Discovery of grounded theory*. Chicago : Aldine.
- Glowinski, A. L., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Fu, Q., Madden, P. A. F., Reich, W., Madden, P. A. F., & Heath, A. C. (2001) Suicide attempts in an adolescent female twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1300-1307.
- Greig, A., & Taylor, J. (1999). *Doing research with children*. London : Sage.
- Grossman, J. A., Clark, D. C., Gross, D., Halstead, L., & Pennington, J. (1995). Child bereavement after paternal suicide. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 8 (2), 5-17.
- Guillemette, F., & Boisvert, D. (2003). L'entrevue de recherche qualitative avec des adultes présentant une déficience intellectuelle. *Recherches qualitatives*, 23, 15-26.
- Hagman, G. (2001). Beyond decathexis : Toward a new psychoanalytic understanding and treatment of mourning. Dans R. Neimeyer (Éd.), *Meaning reconstruction & the experience of loss* (pp. 13-32). Washington, DC : American Psychological Association.
- Hanus, M. (1994). *Les deuils dans la vie : deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant*. Paris : Maloine.
- Hanus, M., & Sourkes, B. M. (2002). *Les enfants en deuil : portraits du chagrin*. Paris : Frison-Roche.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.
- Ilan, E. (1974). L'impact du suicide d'un père sur son fils en période de latence. Dans E. J. Anthony, & C. Koupernik (Éds), *L'enfant dans la famille : Vol. 2* (pp. 242-248). Paris : Masson et cie.
- Institut de la statistique du Québec (2005). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003*. Récupéré le 8 septembre 2005 de http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/index.htm

- Kaffman, M., & Elizur, E. (1979). Children's bereavement reactions following death of the father. *International Journal of Family Therapy*, 1, 203-231.
- Kaffman, M., & Elizur, E. (1996). Bereavement as a significant stressor in children. Dans C. R. Pfeffer (Éd.), *Severe stress and mental disturbance in children* (pp. 591-627). New York : American Psychiatric Press.
- Kenyon, B. L. (2001). Current research in children's conceptions of death : A critical review. *Omega*, 43 (1) 63-91.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kim, C. D., Séguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawky, N., Lesage, A., & Turecki, G. (2005). Familial aggregation of suicidal behavior : A family study of male suicide completers from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1017-1019.
- Klein, M. (2004). *Deuil et dépression*. Paris : Payot. (Ouvrage original publié en 1940)
- Klein, M. (1948). A contribution to the theory of anxiety and guilt. *International Journal of Psychoanalysis*, 29, 114-123.
- Kranzler, E. M., Shaffer, D., Wasserman, G., & Davies, M. (1990). Early childhood bereavement. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 513-520.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York : Springer.
- Kwok, O., Haine, R. A., Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A., Tein, J. Y. (2005). Positive parenting as mediator of the relations between parental psychological distress and mental health problems of parentally bereaved children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (2), 260-271.
- Laperrière, A. (1997a). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Éds), *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Boucherville, Qc : Gaëtan Morin.
- Laperrière, A. (1997b). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Éds), *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 309-340). Boucherville, Qc : Gaëtan Morin.

- Larousse (2004). *Le petit Larousse illustré 2005*. Paris : Librairie Larousse.
- Lesage, A. D., Boyer R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Bluteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders : A case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1063-1068.
- Levy, R. (1994). Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 1 (1), 92-100.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Éds), *Handbook of qualitative research* (pp. 163-188). Thousand Oaks, Ca : Sage.
- Lofland, J., & Lofland, L. H. (1984). *Analyzing social settings : A guide to qualitative observations and analysis*. Belmont, CA : Wadsworth.
- Lohnes, K. L., & Kalter, N. (1994). Preventive intervention groups for parentally bereaved children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 594-603.
- Lonetto, R. (1988). *Dis, c'est quoi quand on est mort : l'idée de la mort chez l'enfant*. Paris : Eshel.
- Lovrin, M. (1999). Parental murder and suicide : Post-traumatic stress disorder in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 12 (3), 110-117.
- Malenfant, E. (2003, Mai). *Le suicide chez les jeunes hommes : les particularités québécoises*. Communication présentée au 71^{ème} Congrès de l'ACFAS, Rimouski, Canada.
- Miller, A. (1983). *Le drame de l'enfant doué : à la recherche du vrai soi*. Paris : Presses universitaires de France.
- Mucchielli, A. (1996a). Catégorisation en analyse de contenu qualitative. Dans A. Mucchielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 23). Paris : Armand Collin.
- Mucchielli, A. (1996b). Codification en analyse de contenu. Dans A. Mucchielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 25). Paris : Armand Collin.
- Mucchielli, A. (1996c). Interview non directive centrée. Dans A. Mucchielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (pp. 109-110). Paris : Armand Collin.
- Mullarky, K., & Pfeffer, C. R. (1992). Psychiatric treatment of a child suicide survivor. *Crisis*, 13 (2), 70-75.

- Nader, K. O. (1997). Childhood traumatic loss : The interaction of trauma and grief. Dans C. R. Figley, B. E. Bride, & N. Mazza (Éds), *Death and trauma : The traumatology of grieving* (pp. 17-41). Washington, DC : Taylor & Francis.
- Nagera, H. (1970). Children's reactions to the death of important objects : A developmental approach. *Psychoanalytic Study of the Child*, 25, 360-400.
- Nagy, M. (1948). The child's theories concerning death. *The Journal of Genetic Psychology*, 73, 3-27.
- Neimeyer, R. A. (2001a). *Meaning, reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A. (2001b). Reauthoring life narratives : Grief therapy as meaning reconstruction. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38 (3-4), 171-183.
- Ness, D. E., & Pfeffer, C. R. (1990). Sequelae of bereavement as a result of suicide. *American Journal of Psychiatry*, 147, 279-285.
- Normand, C., & Mishara, B. L. (1992). The development of the concept of suicide in children. *Omega International Journal of Death and Dying*, 25 (3). 183-203.
- Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Suicide huge but preventable public health problem, says WHO. World Suicide Prevention Day - 10 September*. Récupéré le 7 septembre 2005 de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>
- Osterweis, M., Solomon, F., & Green, M. (1984). *Bereavement, reactions, consequences, and care*. Washington, DC : National Academy Press.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paillé, P. (1996a). Analyse de contenu qualitative par théorisation. Dans A. Mucchielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (pp. 184-190). Paris : Armand Collin.
- Paillé, P. (1996b). Analyse qualitative. Dans A. Mucchielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (pp. 180-182). Paris : Armand Collin.
- Parker, G. (1997). The etiology of personality disorders: A review and consideration of research models. *Journal of Personality Disorders*, 11, 345-369.
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement study of grief in adult life*. New York : International Universities Press.

- Parkes, C. M. (1995). Guidelines for conducting ethical bereavement research. *Death Studies*, 19, 171-181.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* Newbury Park, Ca : Sage.
- Pert, L., Ferriter, M., & Saul, C. (2004) Parental loss before the age of 16 years : A comparative study of patients with personality disorder and patients with schizophrenia in a high secure hospital's population. *Psychological Psychotherapy*, 77, 403-407.
- Pfeffer, C. R. (1981). Parental suicide : An organizing event in the development of latency age children. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11 (1), 43-50.
- Pfeffer, C. R., Karus, D., Siegel, K., & Jiang, H. (2000). Child survivors of parental death from cancer or suicide : Depressive and behavioral outcomes. *Psycho-oncology*, 9, 1-10.
- Pfeffer, C. R., Martins, P., Mann, J., Sunkenberg, M., Ice, A., Damore, J., Gallo, C., Karpenos, I., & Jiang, H. (1997). Child survivors of suicide : Psychosocial characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 65-74.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Éds), *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-209). Boucherville, Qc : Gaëtan Morin.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (1996a). Épistémologie des méthodes qualitatives. Dans A. Mucchielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (pp. 56-61). Paris : Armand Collin.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (1996b). Paradigme compréhensif. Dans A. Mucchielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (pp. 33-34). Paris : Armand Collin.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Pynoos, R. S. (1992). Grief and trauma in children and adolescents. *Bereavement Care*, 11 (1), 2-10.

- Qin, P., Agerbo, E et Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders : A nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*, 360, 1126-1130.
- Qin, P., Agerbo, E et Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors : A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, 160 (4), 765-772.
- Raimbault, G. (2004). *Parlons du deuil*. Paris : Payot.
- Rando, T. A. (1991). *How to go on living when someone you love dies*. New York : Bantam.
- Reich, J. (1986). The relationship between early events and DSM III personality disorders. *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 8 (2), 164-173.
- Reinharz, S. (1992). *Feminist methods in social research*. New York : Oxford University Press.
- Romanoff, B. D. (2001). Research as therapy : The power of narratives to effect change. Dans R. Neimeyer (Éd.), *Meaning reconstruction & the experience of loss* (pp. 245-257). Washington, DC : American Psychological Association.
- Rosenblatt, P. C. (1995). Ethics of qualitative interviewing with grieving families. *Death Studies*, 19, 139-155.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. (1995). *Qualitative interviewing : The art of hearing data*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Runeson, B., & Asberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 160 (8), 1525-1526.
- Runeson, B., & Beskow, J. (1991). Reactions of survivors of suicide victims to interviews. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 169-173.
- Rutter, M. (1966). *Children of sick parents*. London : Oxford University Press.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Saler, L., & Skolnick, N. (1992). Childhood parental death and depression in adulthood : Roles of surviving parent and family environment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 504-516.

- Sanchez, L., Fristad, M., Weller, R., Weller, E. B., & Moye, J. (1994). Anxiety in acutely bereaved prepubertal children. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6, 39-43.
- Savoie-Zajc, L. (1996). Saturation. Dans A. Mucchielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (pp. 204-205). Paris : Armand Collin.
- Schoeman, L. H., & Kreitzman, R. (1997). Death of a parent : Group Intervention with bereaved children and their caregivers. *Psychoanalysis & Psychotherapy*, 14 (2), 221-245.
- Séguin, M., & Brunet, A. (1999). Les pertes et le deuil : réactions typiques et atypiques. Dans E. Habimana, L. E. Éthier, D. Petot, & M. Tousignant (Éds), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 578-593). Boucherville, Qc : Gaëtan Morin.
- Sethi, S., & Bhargava, S. C. (2003). Child and adolescent survivors of suicide. *Crisis*, 24, 4-6.
- Shear, M. K., Zuckoff, A., & Frank, E. (2001). The syndrome of traumatic grief. *CNS Spectrums* 6 (4), 339-46.
- Shepherd, D., & Barraclough, B. M. (1974). The aftermath of suicide. *British Medical Journal*, 2, 600-603.
- Shepherd, D. M., & Barraclough, B. M. (1976). The aftermath of parental suicide for children. *British Journal of Psychiatry*, 129, 267-276.
- Silverman, P. R., & Worden, J. W. (1992). Children's reactions in the early months after the death of a parent. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 93-105.
- Small, A. M., & Small, A. D. (1984). Children's reactions to suicide in the family and the implications for treatment. Dans N. Linzer (Éd.), *Suicide : The will to live vs the will to die* (pp. 151-169). New York : Human Sciences Press.
- Sparkes, A. C. (2001). Myth 94 : Qualitative health researchers will agree about validity. *Qualitative Health Research*, 11 (4), 538-552.
- Statistique Canada (2002). Suicide deaths and suicide attempts. *Health Reports*, 13 (2), 9-22.
- Statistique Canada. (2004). *Les principales causes de décès*. Récupéré le 7 septembre 2005 de http://142.206.72.67/02/02b/02b_003_f.htm
- St-Laurent, D., & Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?* Québec : Institut national de santé publique du Québec.

- Strauss, S et Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research : Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Ca : Sage.
- Stroebe, M. S., Hanson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Taylor, J. S., & Bogdan, R. (1984). *Introduction to qualitative research methods : The search for meanings*. New York : Wiley.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research : Analysis types and software tools*. New York : Falmer Press.
- Tennant, C. (1988). Parental loss in childhood : Its effect in adult life. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1045-1050.
- Tousignant, M., Seguin, M., Lesage, A. D., Chawky, N., & Turecki, G. (2003). Le suicide chez les hommes de 18 à 55 ans : trajectoires de vie. *Revue québécoise de psychologie*, 24 (1), 145-159.
- Tsuchiya, K. J., Agerbo, E et Mortensen, P. B. (2005). Parental death and bipolar disorder : A robust association was found in early maternal suicide. *Journal of Affective Disorders*, 86, 151-159.
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Van Eerdewegh, M., Biere, M. D., Parilla, R. H., & Clayton, P. J. (1982). The bereaved child. *British Journal of Psychiatry*, 140, 23-29.
- Viorst, J. (1986). *Les renoncements nécessaires: tout ce qu'il faut abandonner en route pour devenir adulte*. Paris: Editions Robert Laffont.
- Warren, C. A. B. (2002). Qualitative interviewing. Dans J. F. Gubrium, & J. A. Holstein (Éds), *Handbook of interview research : Context & method* (pp. 83-101). London : Sage.
- Webb, N. B. (1993a). The Child and Death. Dans N. B. Webb (Éd.), *Helping bereaved children* (pp. 3-18). New York : Guilford Press.
- Webb, N. B. (1993b). Suicidal death of mother : Cases of silence and stigma. Dans N. B. Webb (Éd.), *Helping bereaved children* (pp. 137-155). New York : Guilford Press.
- Weller, R. A., Weller, E. B., Fristad, M. A., & Bowes, J. M. (1991). Depression in recently bereaved prepubertal children. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1536-1540.

- Wender, P. H., Kety, S. S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortmann, J., & Lunde, I. (1986). Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43, 923-929.
- West, S. G., Sandler, I., Pillow, D. R., Baca, L., & Gersten, J. C. (1991). The use of structural equation modeling in generative research : Toward the design of a preventive intervention for bereaved children. *American Journal of Community Psychology*, 19, 459-480
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.
- Wolfenstein, M. (1966). How is mourning possible? *Psychoanalytic Study of the Child*, 21, 93-123
- Worden, J. W., & Silverman, P. R. (1996). Parental death and the adjustment of school-age children. *Omega*, 33, 91-102.
- Wright, T. (1998). *The Impact of suicide during childhood on the mourning process and psychosocial functioning of child and sibling survivors*. Thèse de doctorat inédite, Temple University.
- Wright, B., & Partridge, I. (1999). Speaking Ill of the Dead : Parental Suicide as Child Abuse. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4, 225-231.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18-25.

APPENDICE A

CANEVAS DU CONTACT TÉLÉPHONIQUE INITIAL ENTRE LA
CHERCHEUSE ET LA FAMILLE⁵

⁵ Dans l'esprit de favoriser un contact spontané, le texte qui suit a été conçu non pas pour être présenté tel quel, mais pour servir de repère dans l'orientation de la communication téléphonique.

Bonjour, mon nom est Geneviève Riopel, j'ai obtenu votre nom par qui m'a informée que vous étiez intéressé à obtenir davantage d'informations à propos de l'étude que je réalise dans le cadre de mon doctorat en psychologie à l'Université de Montréal sur l'expérience de deuil des enfants ayant récemment perdu un parent par suicide. Il s'agit d'une étude visant à mieux comprendre la réalité de ces enfants afin d'être en mesure de développer des pistes d'intervention pour répondre à leurs besoins.

Dans le cadre de cette étude, je réalise dans un premier temps une entrevue d'environ deux heures avec le parent. Cette entrevue porte sur les circonstances entourant le suicide, sur la façon dont l'enfant a appris le décès et sur la manière dont le parent compose avec cette situation. Cette entrevue peut avoir lieu à un moment qui convient au parent et, selon ses préférences, peut se dérouler à domicile ou à X [autre lieu situé dans la région du participant et suggéré comme alternative au domicile]. Dans un second temps, je rencontre l'enfant afin de réaliser avec lui une entrevue d'environ 45 minutes portant sur la façon dont il vit cette expérience. Tout comme la première entrevue, celle-ci a également lieu à un moment et dans un lieu qui vous conviennent.

Suite aux entrevues, je m'engage à rappeler les familles participantes pour leur offrir, s'il y a lieu, un soutien psychologique ponctuel. Si l'état d'un membre de la famille est jugé préoccupant, je m'assure de le référer vers une ressource appropriée.

Afin de compiler fidèlement les réponses des familles, j'enregistre les entrevues à l'aide d'un magnétophone. Toutefois, toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude demeurent strictement confidentielles. Les cassettes sont conservées sous clé et sont détruites après l'étude. Aucune information sur des individus en particulier n'est présentée à qui que ce soit et les résultats seront traités de telle façon qu'on ne puisse en aucun temps identifier les participants. Aussi, un numéro sera attribué à chaque participant et je serai la seule à disposer de la liste des sujets avec le numéro qui leur a été assigné.

Bien entendu, vous et votre enfant êtes totalement libres de participer ou non à cette étude et, si vous acceptez, vous pourrez interrompre votre participation à ce projet en tout temps. Sachez aussi qu'un refus de votre part ne vous portera aucun préjudice, ni ne limitera votre accès à des ressources d'aide pour vous ou votre famille.

Est-ce que vous croyez que vous pourriez être intéressés à participer à cette étude?

(Si oui) Je vous suggère d'en parler à votre enfant avant de prendre une décision, je pourrais vous rappeler d'ici deux jours, est-ce que ça vous convient? D'ici là, pour toutes questions relatives à cette étude, vous pouvez me contacter, Geneviève Riopel, au (514) 251-4015 poste 3530 ou au 1-866-256-6888.

(Si non) Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé et vous souhaite une bonne soirée...

Merci !

APPENDICE B
LETTRE DE PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE ENVOYÉE À LA CLIENTÈLE DE
CENTRES OFFRANT DES SERVICES AUX FAMILLES DE SUICIDÉS

Bonjour,

Dans le cadre de mon doctorat en psychologie à l'Université de Montréal, je réalise une étude qui porte sur la façon dont les enfants de 5 à 12 ans réagissent au suicide d'un parent. Le but de cette recherche est de connaître le mieux possible la réalité de ces enfants afin d'être en mesure de développer des interventions qui correspondent vraiment à leurs besoins.

Si vous avez des enfants entre 5 et 12 ans ayant perdu un parent des suites d'un suicide, vous pouvez, si vous le désirez, participer à cette étude. La décision de vous y impliquer ou non repose sur une base tout à fait volontaire. Vous trouverez dans la présente lettre quelques informations concernant le déroulement de l'étude pouvant vous aider à décider si vous souhaitez ou non participer à cette recherche.

Lorsqu'une famille choisit de participer à l'étude, je rencontre d'abord en entrevue le parent. Cette entrevue, d'une durée approximative de deux heures, porte principalement sur les circonstances entourant le suicide et sur la façon dont l'enfant a appris le décès. Cette entrevue peut avoir lieu à un moment qui convient au parent et peut se dérouler à domicile ou à l'Université de Montréal, selon ses préférences. Dans un second temps, je rencontre l'enfant (ou les enfants) afin de réaliser avec lui (ou eux) une entrevue d'environ 45 minutes portant sur la façon dont il(s) se sent(ent) depuis le décès de son (leur) parent. Tout comme pour l'entrevue avec le parent, celle-ci a lieu à un moment et dans un lieu qui conviennent à la famille.

Suite aux entrevues, je m'engage à rappeler les familles participantes pour leur offrir, s'il y a lieu, du soutien psychologique à court terme et/ou les référer vers une ressource appropriée.

Afin de compiler fidèlement les réponses des parents et des enfants, j'enregistre les entrevues à l'aide d'un magnétophone. Toutefois, toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude demeurent strictement confidentielles. Les cassettes sont conservées sous clé et seront détruites après l'étude. Aucune information sur des individus en particulier n'est présentée à qui que ce soit et les résultats sont traités de telle façon qu'on ne puisse en aucun temps identifier les participants. Aussi, un numéro est attribué à chaque participant et moi seule dispose de la liste établissant la correspondance entre l'identité des participants et le numéro qui leur a été assigné.

Bien entendu, vous êtes totalement libres de participer ou non à cette étude et, si vous acceptez, vous pourrez interrompre votre participation à ce projet en tout temps. Sachez aussi qu'un refus de votre part ne vous portera aucun préjudice, ni ne limitera votre accès à des ressources d'aide pour vous ou votre famille. D'ailleurs, votre décision de participer ou non à l'étude ne sera aucunement communiquée à X [nom du centre]

Enfin, cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal et est menée par moi-même, Geneviève Riopel, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université de Montréal, sous la supervision

de Dre Huguette Bégin, professeure au département de psychologie de l'Université de Montréal et de Dre Monique Séguin, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Hull et chercheuse au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

Si vous et votre enfant êtes intéressés à participer à l'étude ou désirez en savoir davantage, vous pouvez me rejoindre, Geneviève Riopel, au (514) 251-4015 poste 3530 ou de l'extérieur de Montréal au 1-866-256-6888.

Si vous n'êtes pas intéressés à participer à l'étude, je tiens à vous assurer encore une fois que ce refus de participer à l'étude n'aura aucun impact sur les services que vous pouvez recevoir de la part de X [nom de l'organisme référant], ni de la part d'autres organismes.

Je vous remercie d'avoir pris quelques instants pour lire cette lettre.

Geneviève Riopel
Candidate au doctorat en psychologie
Université de Montréal

Coordonnées de la responsable du projet:
Geneviève Riopel
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
Groupe McGill d'études sur le suicide
Pavillon FBC-2
6875 boul. Lasalle
Verdun, Québec
H4H 1R3

Téléphone (région de Montréal) : (514) 251-4015 poste 3530
Téléphone (extérieur de la région de Montréal) : 1-866-256-6888

APPENDICE C
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Étude sur le deuil chez l'enfant suite au suicide d'un parent

Formulaire de consentement

Nous vous proposons, à vous et à votre enfant, de participer à un projet de recherche qui vise à comprendre l'expérience de deuil des enfants ayant récemment perdu un parent des suites d'un suicide. Cette étude, approuvée par le comité d'éthique de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal, est menée par Geneviève Riopel, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université de Montréal, sous la supervision de Dre Huguette Bégin, professeure au département de psychologie de l'Université de Montréal et de Dre Monique Séguin, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Hull et chercheuse au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

Dans le cadre de cette recherche, nous aimerions, dans un premier temps, réaliser avec vous une entrevue durant environ deux heures portant sur les circonstances entourant le suicide, sur la manière dont votre enfant a appris ce décès et sur la façon dont vous composez avec cette situation. Cette entrevue pourra avoir lieu à un moment qui vous convient et, selon vos préférences, se déroulera à votre domicile ou dans un autre lieu de votre région suggéré par la chercheuse. Dans un second temps, nous aimerions aussi rencontrer votre enfant afin de réaliser avec lui une entrevue d'environ 45 minutes portant sur la façon dont il vit l'expérience de perdre un parent des suites d'un suicide. Tout comme la première entrevue, celle-ci pourra également avoir lieu à un moment et dans un lieu qui vous conviennent.

Afin de compiler fidèlement vos réponses et celles de votre enfant, nous désirerons enregistrer les entrevues à l'aide d'un magnétophone. Les cassettes seront conservées sous clé et seront détruites après l'étude (maximum 5 ans après l'entrevue).

D'ailleurs, nous vous assurons que toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude demeureront strictement confidentielles. Aucune information sur des individus en particulier ne sera présentée à qui que ce soit et les résultats seront traités de telle façon qu'on ne puisse en aucun temps vous identifier. Aussi, un numéro sera attribué à chaque participant et seule la chercheuse responsable disposera de la liste établissant la correspondance entre les noms des participants et le numéro qui leur a été assigné.

Votre participation à ce projet repose sur une base entièrement volontaire. Vous êtes libres de consentir ou non à participer à cette étude et vous pourrez interrompre votre participation à ce projet en tout temps. Il est entendu qu'un refus de votre part ne vous portera aucun préjudice, ni ne limitera votre accès à des ressources d'aide pour vous ou votre famille.

Nous sommes conscientes que ces entrevues pourront s'avérer exigeantes pour vous et votre enfant sur le plan émotif, c'est pour cette raison que le lendemain ainsi que deux semaines après l'entrevue, la chercheuse vous appellera pour vous offrir, s'il y a lieu, du soutien psychologique. Vous pouvez aussi nous appeler au (514) 251-4015 #3530 ou au 1-866-256-6888 pour obtenir du soutien psychologique au cours des

semaines suivant l'entrevue. Si vous le souhaitez, nous pourrions également vous orienter vers des ressources appropriées dans votre région.

Pour toutes questions relatives à cette étude, vous pouvez contacter Geneviève Riopel, responsable de cette recherche, au (514) 251-4015 poste 3530 ou au 1-866-256-6888.

Votre collaboration à cette étude d'envergure québécoise et unique en son genre nous permettra de mener à terme ce projet et, par conséquent, de contribuer au développement d'interventions visant à promouvoir la santé psychologique des enfants ayant connu le suicide d'un parent.

Formulaire de consentement (suite)

Titre de l'étude : **Étude sur le deuil suite au décès d'un parent**
Chercheuse responsable : **Geneviève Riopel**

J'atteste que l'étude m'a été expliquée en termes clairs, que j'ai lu attentivement l'information précédente et que j'ai eu l'occasion de poser toutes les questions nécessaires afin de m'aider à comprendre les implications de ma participation et de celle de mon enfant.

Ma signature ci-dessous indique que je consens librement à ce que mon enfant, _____, et moi participions à cette étude sous condition que nous puissions nous désister en tout temps. J'atteste aussi avoir consulté mon enfant afin de m'assurer qu'il désirait participer à cette recherche.

Je confirme avoir reçu une copie de cette entente.

Nom du parent ou tuteur _____

Signature du parent ou tuteur _____

Signature de la chercheuse _____

Date _____

Coordonnées de la responsable du projet :
Geneviève Riopel
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
Groupe McGill d'études sur le suicide
Pavillon FBC-2
6875 boul. Lasalle
Verdun, Québec
H4H 1R3

Téléphone (région de Montréal) : (514) 251-4015 poste 3530
Téléphone (extérieur de la région de Montréal) : 1-866-256-6888

APPENDICE D

CANEVAS DE LA PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE AUX ENFANTS⁶

⁶ Dans l'esprit de favoriser un contact spontané, le verbatim proposé n'a pas été présenté tel quel, mais a plutôt servi de repère. Les formulations employées ont été adaptées selon l'âge de l'enfant.

Bonjour X. Je m'appelle Geneviève. Sais-tu un peu pourquoi je suis ici / tu es ici aujourd'hui ? Comme toi, je vais à l'école. Je suis une élève qui va dans une école pour les grands qui s'appelle l'université et je fais une recherche. Est-ce que tu as déjà fait ça des recherches ? Ma recherche, je la fais sur ce que les enfants comme toi, qui ont un parent qui est mort, pensent ou ressentent. J'essaie de comprendre ce qui se passe dans la tête et dans le cœur des enfants comme toi pour savoir comment on peut aider les enfants qui vivent une situation comme la tienne. Pour faire ma recherche, je rencontre des enfants comme toi, je parle avec eux, je leur pose des questions et, s'ils aiment dessiner, je leur propose de dessiner. Alors si tu es d'accord, on pourrait prendre environ 45 minutes, toi et moi, pour qu'ensemble on essaie de comprendre comment tu te sens depuis la mort de ton papa / ta maman. On parlerait et, si ça te tente, tu pourrais aussi dessiner...

Je ne répéterai à personne ce que tu vas me dire, ni même à maman / papa sauf si je m'inquiète pour toi. Si je m'inquiète, il se peut que je décide de dire à maman ou à papa des choses que tu m'as dites, mais je t'avertirai. Par ailleurs, toi, si tu veux parler à maman / à papa ou à d'autres gens de ce qu'on s'est dit, tu pourras le faire.

Est-ce que c'est clair ? Est-ce que tu es d'accord qu'on prenne 45 minutes ensemble ?

Le parent quitte alors la pièce.

APPENDICE E
LETTRE DE REMERCIEMENT AUX PARENTS

Montréal, le X

....
....
....

Bonjour X,

Je tenais à vous remercier encore une fois de votre généreuse participation à mon étude. C'est avec une contribution comme la vôtre qu'on devrait parvenir à mieux comprendre la réalité des enfants ayant connu le suicide d'un parent et, par conséquent, pouvoir développer des interventions adaptées aux besoins de ces enfants.

Je profite également de l'occasion pour vous rappeler que je demeure disponible pour vous offrir du soutien psychologique ou pour répondre à vos questions. N'hésitez pas à me contacter au (514) 251-4015 poste 3530.

Encore une fois merci !

Geneviève Riopel
Candidate au doctorat en psychologie
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
Groupe McGill d'études sur le suicide
Pavillon FBC-2
6875 boul. Lasalle
Verdun, Québec
H4H 1R3

APPENDICE F
LETTRE DE REMERCIEMENT AUX ENFANTS⁷

⁷ Le niveau de langage et le ton employé ont été adaptés en fonction de l'âge de l'enfant.

Montréal, le X

Salut X,

Je t'écris un tout petit mot pour te remercier de m'avoir aidée à comprendre comment les enfants comme toi se sentent après la mort de leur [papa/maman]. Tu m'as appris beaucoup de choses !

N'oublie pas que tu peux me téléphoner au (514) 251-4015 poste 3530 si tu en ressens le besoin.

Un gros merci !

Geneviève

APPENDICE G
GRILLE D'ENTREVUE PARENT

Grille d'entrevue avec le parent

Phase 1

On va commencer par des questions d'ordre général qui me permettent d'avoir un portrait de votre famille.

Sexe, âge, niveau scolaire et rang familial de l'enfant :

Lien entre le parent endeuillé et l'enfant participant (père / mère / tuteur; biologique / adoptif) :

Avec qui l'enfant habite-t-il actuellement (si fratrie, âge, sexe et rang de chacun) :

Lien qui unissait l'enfant et le défunt (père / mère; biologique / adoptif) :

Fréquence à laquelle l'enfant, depuis sa naissance, voyait le défunt :

Statut matrimonial au moment du décès et date de début de ce statut :

Âge du parent endeuillé / du défunt :

Niveau de scolarité du parent endeuillé / défunt :

Occupation et nombre d'heures consacrés au travail pour le parent endeuillé / défunt:

Appartenance ethnique et religieuse du parent endeuillé / enfant / défunt :

Revenu annuel du ménage avant le décès / depuis le décès :

- ☐ 0-999\$
- ☐ 1000\$ - 5999\$
- ☐ 6000\$ - 11 999\$
- ☐ 12 000\$- 19 999\$
- ☐ 20 000\$- 29 999\$
- ☐ 30 000 \$- 39 999\$
- ☐ 40 000 \$ - 49 999\$
- ☐ 50 000 \$ et plus

Difficultés présentées par l'enfant avant le décès observées par vous ou soulignées par professeurs, garderie, médecins ou tout autre spécialiste :

Nature, fréquence et durée de l'aide que vous ou votre enfant avez reçue depuis le décès (psychothérapie / soins médicaux / médecine douce / aide religieuse, etc.):

Date de l'entrevue :

Durée de l'entrevue :

Date du décès :

Lieu de l'entrevue :

Délai depuis le décès :

Lieu de résidence :

Phase 2

Circonstances du suicide

1. Malgré que ce soit difficile, pouvez-vous me décrire les circonstances du décès, m'expliquer ce qui s'est passé?

Questions d'élaboration :

- Comment vous apparaissait-il dans la période précédant le décès?
- À votre connaissance, avait-il déjà eu des idéations suicidaires ou fait des tentatives de suicide? Si oui, pouvez-vous me raconter (contexte, moment, moyen, etc.)? Où était l'enfant à ce moment? Explorer la possibilité que l'enfant ait été témoin. Aviez-vous abordé ce sujet avec l'enfant? Si oui, pouvez-vous me raconter?
- Vous était-il déjà arrivé d'imaginer qu'une situation comme celle-ci se produise? Si oui, pouvez-vous me raconter? Selon le récit, explorer la possibilité que l'enfant ait pu anticiper lui aussi un tel événement.
- Quand le suicide s'est-il produit?
- Quel moyen a-t-il utilisé?
- Où le suicide s'est-il produit?
- Qui a découvert le corps? Où était l'enfant? Explorer la possibilité que l'enfant ait été témoin.
- Comment l'avez-vous appris? Comment avez-vous réagi? Où était l'enfant au moment où vous avez appris la nouvelle? Explorer la possibilité qu'il ait été témoin de l'annonce.
- A-t-il laissé une note de suicide? Quel en était le contenu? L'enfant a-t-il pris connaissance de cette lettre ?

2. Y a-t-il eu des rituels funéraires? Pouvez-vous me raconter comment ça s'est passé?

Attitudes et comportements parentaux autour du suicide

1. **Comment l'enfant a appris le décès; pouvez-vous me raconter comment on lui a annoncé et ce qui lui a été dit? Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous a incité à procéder de la sorte?**

Questions d'élaboration :

- À quel moment l'enfant a-t-il été informé du décès?
 - Qui lui a annoncé? Y avait-il d'autres personnes présentes?
 - Dans quel contexte la nouvelle lui a été annoncée?
 - Qu'est-ce qui lui a été dit? Est-ce que la nature du décès lui a été révélée à ce moment? Est-ce que des informations lui ont été données sur les circonstances (moyen utilisé, lieu, contexte, etc.) ou sur le pourquoi du suicide? Est-ce que des explications sur le suicide ou sur la mort lui ont été données? Lesquelles ?
2. **Est-ce que d'autres informations ont été données par la suite à l'enfant? Pouvez-vous me raconter? Qu'est-ce qui vous a incité à procéder ainsi?**

Questions d'élaboration :

- Qu'est-ce qui lui a été dit ?
 - Dans quel contexte ceci lui a été dit ? Qui a initié ces discussions?
 - Combien de temps suite au décès ?
 - À votre connaissance, est-ce qu'il y a d'autres personnes que vous qui donnent des explications à ce sujet à votre enfant? Pouvez-vous me raconter ?
3. (a) **Parfois, des parents préfèrent pour diverses raisons camoufler certaines informations par rapport aux circonstances du décès. Est-ce qu'il vous est arrivé de déguiser la vérité à l'aide de fausses informations? Si oui, pouvez-vous m'en dire davantage? Qu'est-ce qui vous a incité à révéler certaines informations et à ne pas en révéler d'autres à votre enfant?**
 - (b) **D'autres parents mentionnent ne pas « mentir » à leurs enfants, mais omettre de leur révéler certaines informations. Est-ce qu'il vous est arrivé d'omettre de lui dire certaines informations au sujet du décès? Si oui, pouvez-vous me raconter? Qu'est-ce qui vous a incité à dire certaines informations et à ne pas dire d'autres informations à votre enfant?**

Questions d'élaboration :

- Explorer ce que ce secret implique pour le parent.
 - Dans le cas où des informations sont dissimulées, souhaitez-vous lui révéler un jour?
 - Dans le cas où des informations sont dissimulées, est-ce que d'autres personnes que vous sont au courant de ces éléments que vous gardez secrets? Est-ce qu'il vous arrive de discuter de ces éléments « secrets » avec ces personnes? Si oui, pouvez-vous me raconter comment ça se passe? Où est l'enfant pendant ce temps? Explorer la possibilité que l'enfant ait pu entendre parler le parent ou quelqu'un d'autre de ce secret.
 - Si l'enfant a des frères et sœurs, que savent ceux-ci? Qu'est-ce qui leur a été dit? Est-ce qu'ils ont été mis au courant de ces informations non révélées à l'enfant? De façon générale, est-ce qu'ils en savent plus, moins, ou également ? Pour quelles raisons?
 - Selon vous, que sait votre enfant à propos des circonstances du décès et du secret? Par exemple, croyez-vous qu'il en sait plus que ce qui lui a été dit « officiellement »? Que croyez-vous qu'il a retenu de ce qui lui a été dit ?
- 4. Si des rituels funéraires ont eu lieu, l'enfant y a-t-il participé? Pouvez-vous me raconter comment ça s'est passé? Comment sa participation / non participation aux rites s'est décidée?**

Questions d'élaboration :

- Si participation, pouvez-vous me raconter le contexte dans lequel l'enfant s'est préparé à ces rituels? Est-ce qu'il était au courant qu'il se rendait à des rituels? L'aviez-vous préparé d'une façon ou d'une autre à ces rituels ?
 - L'enfant a-t-il participé d'une façon ou d'une autre activement à des étapes de ces rituels (déposer un objet dans la tombe, lire un texte lors de la cérémonie)?
 - Comment votre enfant vous apparaissait-il lors des rituels ? Qu'est-ce qu'il faisait?
- 5. Est-ce que maintenant ça vous arrive de discuter avec votre enfant du suicide, du défunt ou de la mort? Si oui, pouvez-vous me raconter quelques discussions que vous avez eues avec votre enfant à ce sujet? (contenu, contexte, instigateur et fréquence des conversations).**

Questions d'élaboration :

- Est-ce qu'il vous arrive de faire allusion à des souvenirs ou à des caractéristiques du défunt ? Pouvez-vous me raconter ? Qu'est-ce qui fait que vous agissez dans ce sens?
- Comment vous sentez-vous lors de ces discussions?
- Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la communication que vous avez avec votre enfant à propos du décès ?
- Si insatisfait, qu'est-ce qui fait que vous ne vous sentez pas satisfait ? Qu'est-ce qui vous satisferait sur ce plan ?

Perception qu'a le parent de son enfant suite au décès

1. **Voyez-vous une différence chez votre enfant entre ce qu'il était avant le décès et depuis le décès? Comment qualifieriez-vous cette différence?**
2. **Trouvez-vous que votre enfant a vécu beaucoup de changements depuis le décès? Lesquels?**
3. **Comment décrieriez-vous ce qui est resté pareil chez lui ?**

Questions d'élaboration :

- Votre enfant a-t-il vécu des changements à la maison (déménagement, nouveau conjoint, etc.), à l'école, avec ses amis, dans ses relations avec la famille élargie (nature et fréquence)?
- 4. **Pouvez-vous penser à une situation où votre enfant vous a paru tourmenté par rapport à la perte ou au suicide de son parent ? Comment votre enfant a-t-il géré cette situation? Explorer les mécanismes, tels que perçus par le parent, dont l'enfant dispose pour s'apaiser. De façon générale, qu'est-ce qui, selon vous, aide votre enfant à traverser cette expérience ?**

Conclusion

- **Y a-t-il des points que vous aimeriez aborder que l'on n'a pas abordés?**
- **Avez-vous des questions que vous aimeriez me poser?**
- **Comment vous sentez-vous d'avoir discuté de tout ça ?**

Je vous remercie beaucoup de votre participation !

APPENDICE H
GRILLE D'ENTREVUE AVEC L'ENFANT

Grille d'entrevue avec l'enfant

Prise de contact

Questions d'entrevue

- Si l'enfant aime dessiner : Peux-tu me dessiner quelque chose qui te fait penser à ce qui est arrivé à ton papa/ta maman ?

ou

Si l'enfant n'aime pas dessiner : Quand tu penses à ce qui est arrivé à ton papa/ta maman, à quoi tu penses ?

- Peux-tu m'expliquer ce qui est arrivé à ton papa/ta maman ? Peux-tu me raconter ce qui s'est passé?
- Te rappelles-tu le moment où tu as appris ce qui est arrivé à ton papa/ta maman? Peux-tu me raconter?

Questions d'élaboration :

- Où étais-tu? Qui te l'a annoncé ?
- Qu'est-ce que cette personne t'a dit ?
- Te rappelles-tu comment tu te sentais, ce qui s'est passé en dedans de toi quand tu as appris cette nouvelle?
- Depuis ce jour, comment tu te sens en dedans de toi?
- Avais-tu déjà pensé que ton papa/ta maman pouvait mourir comme ça? Peux-tu me raconter?
- Comment expliquerais-tu le mot « mort » à un jeune enfant qui ne connaît pas le sens de ce mot ?
- Comment expliquerais-tu le mot « suicide » à un jeune enfant qui ne connaît pas le sens de ce mot?
- Est-ce qu'il t'arrive de parler de ton papa/ta maman, de ce qui lui est arrivé? Si oui, peux-tu me raconter une fois où tu en as parlé à des gens?
- Est-ce que tu es allé au salon funéraire, à l'église ou au cimetière? Peux-tu me raconter ce dont tu te rappelles de ces moments là?

Questions d'élaboration :

- Comment tu te sentais?
- Qu'est-ce que tu faisais?

- T'arrive-t-il de penser à te tuer (t'enlever la vie)? Si oui, peux-tu me raconter à quel moment tu as pensé à ça?
- Est-ce que tu trouves qu'il y a des choses qui ont changé dans ta vie depuis la mort de ton père/de ta mère?

Questions d'élaboration :

- Dans ta tête / ton cœur / ton corps?
- À la maison? Avec ta maman/ton papa? Avec tes frères/sœurs ?
- À l'école ?
- Avec tes amis ?
- Qu'est ce qui est resté pareil dans ta vie depuis ce moment ?
- Qu'est-ce qui t'aide à passer à travers cette période ? Quand tu ne vas pas bien, qu'est-ce que tu fais pour t'aider?

Questions d'élaboration :

- Y a-t-il des personnes qui t'aident? Qui sont-elles?
- Peux-tu me raconter une fois où tu as été triste dernièrement; qu'est-ce que tu as fait cette fois là pour t'aider?
- Si tu rencontrais un enfant dont le papa/la maman venait de mourir de la même façon que ton papa/ta maman, quels conseils lui donnerais-tu pour l'aider?

Clôture

- Si la lampe d'Aladin existait, que tu l'avais entre les mains et que tu pouvais faire trois vœux, quels vœux ferais-tu?
- Y a-t-il autre chose que tu voudrais me dire?
- As-tu des questions que tu aimerais me poser?
- Comment as-tu trouvé mes questions?
- Comment te sens-tu maintenant?
- Choix d'une petite surprise et préparation du retour à faire avec le parent

APPENDICE I
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE